

UNIVERSIDAD DE CUENCA



**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**“EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS
ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES DE
PRIMER AÑO DE LA FACULTAD DE JURISPRUDENCIA DE
LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, FRENTE A LAS
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y VIH/SIDA”**

**Autores: Danilo Solórzano Vicuña
Andrés Salazar Cornejo
Boris Torres Ávila**

**Directora:
Dra. Eulalia Freire Solano.**

**CUENCA -ECUADOR
2008-2009**



RESPONSABILIDAD:

El contenido del presente estudio es de absoluta responsabilidad de los autores



AGRADECIMIENTO

Hay ocasiones donde las palabras sobran y donde las actitudes hablan por si solas si hay a alguien a quien agradecer, ese alguien es primero Dios, que con su infinita bondad, siempre guía mi sendero de vida.

El final de una meta, se torna como el comienzo de otra, cada una con su propia historia vivida y los protagonistas de esa época,

Al consumir esta etapa y cumplir una de los grandes anhelos, quiero agradecer a familiares, amigos, profesores, compañeros y a todos los que formaron parte de este proyecto de estudio y vida.

Un agradecimiento especial, a la Dra. Eulalia Freire, quien con esmero y paciencia nos guió en este trabajo y al Dr. Iván Orellana que nos ha ayudado siempre con sus charlas, consejos e instrucciones para poder realizar esta tesis

A nuestros compañeros y amigos, que la vida sea la encargada de premiar sus esfuerzos realizados, por ese esfuerzo y logro obtenido, gracias por todo lo vivido, que Dios les bendiga siempre.

*Danilo Solórzano
Andrés Salazar
Boris Torres*



DEDICATORIA

Luego de haber recorrido, uno de los senderos trazados a base de esfuerzo y sacrificio, finalmente llegar a la meta propuesta, nos permite recapacitar y tener muy lucida la mente para agradecer a las personas que realmente fueron partícipes de este esfuerzo.

Queremos dedicar este nuestro sueño hecho realidad a los seres que nos dieron el regalo más maravilloso la vida a nuestros padres, para ustedes todo el esfuerzo realizado.

A nuestros hermanos, hermanas, amigos y compañeros quienes también han sido parte y complemento de este proceso.

Gracias a cada uno de ustedes por el apoyo, aliento y retos que de manera constructiva ha servido de impulso para seguir siempre hacia delante venciendo todos los obstáculos encontrados en el camino.

*Danilo Solórzano
Andrés Salazar
Boris Torres*



ÍNDICE

Contenido	Página
Capítulo I	
1. Introducción	11
2 .Planteamiento del Problema	13
2.1. Distribución por edad de casos VIH.....	14
2.2 .Notificaciones de casos VIH-SIDA y muertes relacionadas por SIDA.....	18
2.3. Distribución Geográfica de casos VIH/SIDA.....	26
3. Justificación.....	27
Capítulo II	
4. Marco teórico.....	30
4.1. Incidencia de las ITS.....	30
4.2. Infecciones de transmisión sexual	36
4.2.1. VIH/SIDA.....	37
4.2.2. Herpes Genital	41
4.2.3. Sífilis	43
4.2.4. Tricomoniasis	46
4.2.5. Clamidia	48
4.2.6. Gonorrea	50
4.2.7. Virus Del Papiloma Humano	52
4.2.8. Vaginitis Bacteriana	54
4.2.9. Linfogranuloma Venereo	58
4.3. Las teorías del aprendizaje	60
4.3.1. El conductismo	60
4.3.2. El Cognitivismo.....	61
4.3.3. Teoría Social Cognitiva de Albert Bandura	63
4.3.4. El Constructo de la Autoeficacia	65



4.3.5. Las intervenciones modifican las conductas.....	69
4.3.6. Calidad de la intervención para la prevención VIH/SIDA...	69
4.3.7. La propuesta pedagógica de Paulo Freire.....	73

CAPÍTULO III

5. Hipótesis y Objetivos	78
5.1. Hipótesis	78
5.2. Objetivos	78
5.2.1. Objetivo General.....	78
5.2.2. Objetivos específicos	78

CAPÍTULO IV

6. Metodología	80
6.1. Tipo de estudio.....	80
6.2. Universo	80
6.3. Muestra	80
6.4. Área de estudio	82
6.5 Procedimientos, Técnicas e Instrumentos.	82
6.6 Recolección de Datos	85
6.7 Normas Éticas	86
7. Recursos Humanos y Técnicos	86
7.1. Recursos Materiales	86
7.2. Recursos Bibliográficos	87
7.3 Recursos Humanos	87

CAPÍTULO V

8. Resultados	88
---------------------	----

CAPÍTULO VI

9. Discusión	105
--------------------	-----



CAPÍTULO VII

10. Conclusiones	113
11. Recomendaciones	113

CAPÍTULO VIII

12. Bibliografía Consultada	115
-----------------------------------	-----

CAPÍTULO IX

13. Anexos	134
------------------	-----

“EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES DE PRIMER AÑO DE LA FACULTAD DE JURISPRUDENCIA DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, FRENTE A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y VIH/SIDA”

CAPITULO I

RESUMEN

Introducción: Se realizó un estudio para evaluar y modificar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes de primer año de la Facultad de Jurisprudencia de la Escuela de Derecho de la Universidad de Cuenca frente a las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, así como también el nivel de autoeficacia en VIH/SIDA

Metodología: Se realizó un estudio analítico cuasiexperimental, sin grupo control, de conocimientos, actitudes y prácticas sobre las ITS/VIH/SIDA a los estudiantes de la Facultad de Jurisprudencia de la Escuela de Derecho de la Universidad de Cuenca. Se aplicó un cuestionario con dos instrumentos de medición: antes (PRECAP's) y 3 meses después de la intervención educativa (POSTCAP's) basada en la teoría cognoscitivo-social de Albert Bandura.

Resultados: Se incluyeron 67 estudiantes de un universo de 353 alumnos de primer año de la Facultad de Jurisprudencia de la Escuela de Derecho de la Universidad de Cuenca.

La media de edad de inicio de relaciones sexuales fue de 15,17 +- 1,16. Se obtuvo en conocimientos un promedio de 6,74 en la PRECAP's a 8,06 en la POSTCAP's. En lo



que respecta a las actitudes y prácticas los resultados de los promedios fueron de 7,09 a 7,49 y de 6,28 a 6,5 respectivamente.

Conclusiones: La intervención educativa si modifico los conocimientos, las actitudes y las prácticas de los estudiantes frente al VIH/SIDA. Se recomienda introducir un modulo de salud sexual y reproductiva en el currículo universitario.

PALABRAS CLAVES: *ITS, VIH/SIDA, CAPS, Infecciones de transmisión sexual, sexualidad, enfermedades de transmisión sexual.*

ABSTRACT

Introduction: We conducted a study to evaluate and modify knowledge, attitudes and practices that have the freshmen of the Faculty of Law at the School of Law, University of Cuenca against sexually transmitted infections and HIV / AIDS, as well as the level of self-efficacy for HIV / AIDS.

Methodology: We performed an analytical study with no control group quasi-experimental knowledge, attitudes and practices in STI / HIV / AIDS to students of the Faculty of Law at the School of Law, University of Cuenca. A questionnaire was administered to two measurements: before (PRECAP's) and 3 months after the educational intervention (POSTCAP's) based on social-cognitive theory of Albert Bandura

Results: We included 67 students from a universe of 353 freshmen of the Faculty of Law at the School of Law, University of Cuenca. The average age of first intercourse was 15,17 +- 1,16. Knowledge was obtained at an average of 6.74 in PRECAP's to 8.06 in POSTCAP's, with respect to the attitudes and practices of the average results were 7.09 to 7.49 and 6,25 to 6.5 respectively.

Conclusions: The educational intervention if I change knowledge, attitudes and practices of students from HIV / AIDS. It is recommended to introduce a module on sexual and reproductive health in university curriculum.

KEYWORDS: *STI, HIV / AIDS, CAPS, sexually transmitted infections, sexuality, sexually transmitted diseases.*

1. INTRODUCCIÓN

La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca tiene como uno de los objetivos realizar programas de prevención de infecciones que produzcan resistencia bacteriana a los antibióticos. La presente investigación forma parte del proyecto Prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA en estudiantes Universitarios de Jurisprudencia, Filosofía y Artes de la Universidad estatal de Cuenca impulsado por la Escuela de Medicina, la misma que está orientado a modificar los conocimientos, actitudes y comportamientos de los estudiantes de primer año frente a las infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA. La incidencia de las infecciones de transmisión sexual anualmente se calcula en 330 millones a nivel mundial y la pandemia del VIH/SIDA, a pesar de los esfuerzos en prevención, en algunos países sigue expandiéndose causando una elevada morbimortalidad especialmente en los países de tercer mundo debido a que la epidemia en estos países se ha focalizado en: grupos etáreos que corresponden a edades entre los 25años y 50años, en hombres que tienen sexo con hombres y en trabajadoras sexuales mayoritariamente. Si bien en nuestro país se calcula una prevalencia de

VIH/SIDA de menos de 0,3%, existe un alto subregistro; las malas prácticas sexuales, la pobreza, la migración, la prostitución, son entre otros los factores que coadyuvan al avance de estas infecciones que incluyen el VIH/SIDA.

Por otra parte el descuido de los gobiernos, la falta de política local en salud preventiva hacen que gran parte de la población no acceda a los servicios de salud para solicitar consejería adecuada en VIH/SIDA e ITS. Las ITS afectan especialmente a los jóvenes y favorecen la infección por VIH. El desconocimiento de las ITS, sus signos, síntomas y las malas prácticas o conductas de riesgo predisponen a estas infecciones. En un estudio descriptivo realizado por Janina Bustamante en 2007-2008 como tesis y dirigida por la Dra. Eulalia Freire se encontró un alto porcentaje de los estudiantes de la Universidad de Cuenca que desconocen algunas ITS como Clamidia, Tricomoniasis, Condiloma y mantienen conductas de riesgo.

Nuestro estudio pretende a través de una intervención educativa incrementar los conocimientos, mejorar las actitudes y disminuir las prácticas de riesgo en los estudiantes de primer año de Jurisprudencia. Nosotros como estudiantes de pregrado de la Escuela de Medicina

estamos en la obligación de participar activamente en la prevención y promoción de la salud a través de la educación y de esta forma contribuir al desarrollo de la sociedad.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde el inicio de la epidemia del SIDA, la comunidad científica gradualmente fue tomando conciencia de la importancia que tienen el resto de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en la epidemiología, las manifestaciones clínicas, la prevención y el control del SIDA. En la actualidad se conocen más de 20 microorganismos patógenos que se transmiten por contacto sexual y que incluyen agentes bacterianos, virales, protozoarios, hongos y ectoparásitos.

La sexualidad es un factor natural en la vida de todos los seres humanos, y por la cultura definida por la UNESCO, este podrá abarcar factores tales como psicológicos, sociales y biológicos. La cultura, influye en el hecho de tener o no el alto riesgo de contraer estas infecciones, en las posibilidades de acceder al tratamiento, poder tener acceso a los cuidados, en el establecimiento de relaciones de género y de papeles que ponen a las mujeres y a los hombres en real peligro de tales infecciones, en el apoyo

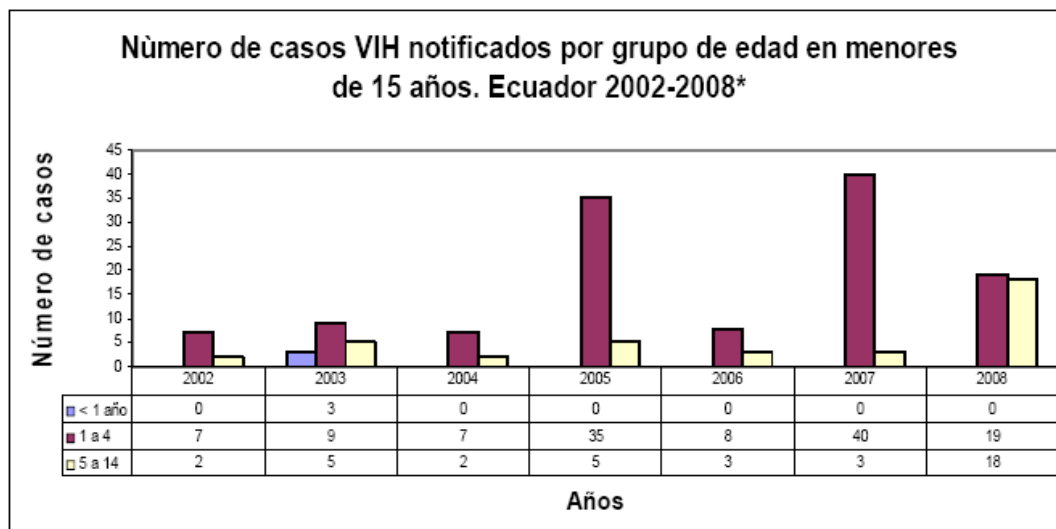
necesario o la discriminación a las personas (PVVS) y sus familias (1).

2.1. Distribución por edad de casos VIH

El grupo de edad de 25 y 44 años concentra el 58.7% de los casos de VIH reportados en el periodo del 2002 al 2008, mientras que el grupo de 20 a 24 concentra el 20.6%. No obstante, al calcular la tasa de incidencia acumulada de VIH por edad, el grupo comprendido entre 20 a 24 años es considerado el de mayor riesgo. Debe notarse también la tendencia de incremento en el grupo de 15 a 19 sobre todo en los últimos tres años, esto debe tomarse como una señal de alerta ya que en el grupo de menores de 25 se considera las infecciones más recientes (2).

Tabla. Frecuencia de casos VIH por edades

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
25 a 44	4519	58,7	58,7
20 a 24	1583	20,6	79,3
45 a 99	921	12,0	91,3
15 a 19	503	6,5	97,8
1 a 4 años	125	1,6	99,5
5 a 14	38	0,5	99,9
Menor 1 Año	4	0,1	100,0
Total	7693	100	



Ministerio de Salud Pública, Programa Nacional de Control y Prevención del VIH/SIDA e ITS's. 2002-2008 (2).

Las Infecciones de transmisión sexual, son uno de los problemas más importantes para la salud de los jóvenes hoy en día, desde el punto de vista social y económico, estas enfermedades siguen cobrándose un tributo significativo en los jóvenes y finalmente en la sociedad. La pobreza, el desempleo, la falta de información, la migración como consecuencia de la actitud pasiva de los gobiernos de los países pobres, unido esto a la corrupción hacen que epidemias como el SIDA, la malaria, la Tuberculosis, la desnutrición y otras enfermedades asociadas a esta, avancen a pasos grandes sumiendo a las poblaciones del tercer mundo en la desesperanza.

El difícil acceso a la educación quebranta el porvenir de muchos jóvenes llevándolos a la prostitución para sobrevivir o forzándolos a migrar lejos de su país de origen y de sus familias o sumiéndolos en vicios como el alcoholismo y las drogas; predisponiéndoles a adquirir las infecciones de transmisión sexual.

El Sida y las Infecciones de transmisión sexual constituyen enfermedades frecuentes en grupos vulnerables, ahora bien, la población joven es un grupo sumamente vulnerable a estas infecciones por el hecho de que la edad les hace sentir invulnerables y corren el riesgo de tener relaciones sexuales sin protección aunado a esto la presión de grupo que juega un rol importante a la hora de tomar decisiones (3).

Los jóvenes que carecen de: habilidades para una efectiva comunicación y negociación sexual, autoeficacia para insistir en el uso de profiláctico (preservativo), una inadecuada referencia social. En nuestro medio el machismo y el alto consumo de alcohol son referentes comunes, que aumentan el riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual. (4).

Cada día en el mundo, casi un millón de personas contraen una infección de transmisión sexual (ITS), estas infecciones dan lugar a síntomas agudos, infecciones crónicas y graves

consecuencias al cabo de cierto tiempo, como infertilidad, embarazo ectópico, cáncer cervicouterino y defunciones prematuras de lactantes y adultos. La presencia de ITS como sífilis, chancroide o infección genital por virus del herpes simple aumenta enormemente el riesgo de contraer o transmitir el VIH. Nuevas investigaciones indican que se da una interacción muy importante entre la infección temprana por VIH y otras ITS. Esa interacción podría explicar un 40% o más de los casos de transmisión del VIH. A pesar de la evidencia acumulada, los esfuerzos para controlar la propagación de las ITS han perdido impulso en los últimos cinco años pues los esfuerzos se han reorientado hacia las terapias contra el VIH (5).

El programa ONUSIDA presentó el informe mundial 2008 sobre la situación de la pandemia en el cual se examina los logros y fracasos del VIH, siendo en Latinoamérica, Brasil y México los países con más personas infectadas. Ecuador ocupa en el ranking mundial el puesto 83 con una prevalencia del 0.3% de la población infectada detrás de países como Uruguay y antes de otros como Bolivia como lo informo OMS en el presente año (2).

2.2. Notificaciones de casos VIH-SIDA y muertes relacionadas por SIDA

Ecuador declara oficialmente la epidemia de VIH/SIDA en el año de 1984 con la detección de los primeros 6 casos, desde entonces el número se ha incrementado considerablemente. El sistema de vigilancia en VIH/SIDA que ha funcionado en nuestro país utilizó mecanismos pasivos a través de la notificación con fichas epidemiológicas de casos SIDA y de personas infectadas con VIH. El total de casos reportados por este sistema hasta octubre del 2008 es de 15.318, de los cuales 10.382 son personas infectadas por el VIH, 4.640 presentaron el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y 1947 fallecimientos. Para el presente reporte se ha tomado como referencia los datos de la fuente oficial de datos de mortalidad que es el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, el cual establece que hasta el año 2007, 4920 personas han fallecido a causa de esta infección (Tabla.1) (2).

Tabla 1. Numero de casos VIH y SIDA notificados por año. Ecuador 1984-2008*

AÑOS	No DE PERSONAS		ACUMULADOS		ACUMULADO VIH/SIDA	**PERSONAS FALLECIDAS	FALLECID ACUMULAD
	VIH	SIDA	VIH	SIDA			
1984	2	6	2	6	8	0	6
1985	2	1	4	7	11	0	6
1986	0	6	4	13	17	0	6
1987	9	23	13	36	49	7	13
1988	31	31	44	67	111	12	25
1989	25	29	69	96	165	11	36
1990	37	48	106	144	250	20	56
1991	35	54	141	198	339	29	85
1992	94	69	235	267	502	42	127
1993	64	89	299	356	655	89	216
1994	108	116	407	472	879	80	296
1995	114	71	521	543	1064	78	374
1996	133	66	654	609	1263	107	481
1997	125	128	779	737	1516	153	634
1998	145	184	924	921	1845	181	815
1999	282	325	1206	1246	2452	231	1046
2000	348	315	1554	1561	3115	245	1291
2001	294	318	1848	1879	3727	357	1648
2002	370	425	2218	2304	4522	395	2043
2003	515	352	2733	2656	5389	422	2465
2004	627	481	3360	3137	6497	495	2960
2005	1069	470	4429	3607	8036	618	3578
2006	1319	478	5748	4085	9833	699	4277
2007	1858	555	7606	4640	12246	649	4926
2008	2776	296	10382	4936	15318		4926
TOTAL	10382	4936				4920	

Fuente: Vigilancia de VIH/SIDA

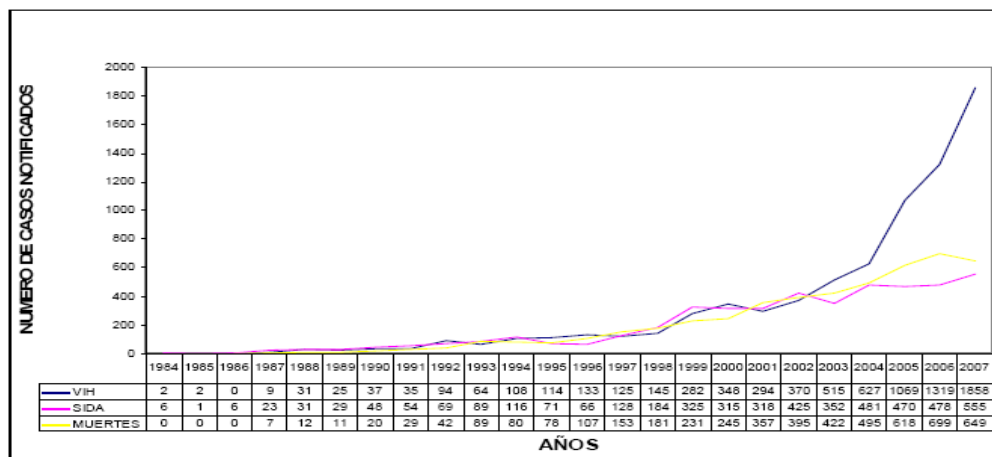
** Datos Instituto de Estadísticas y Censos

* Corte hasta octubre del 2008

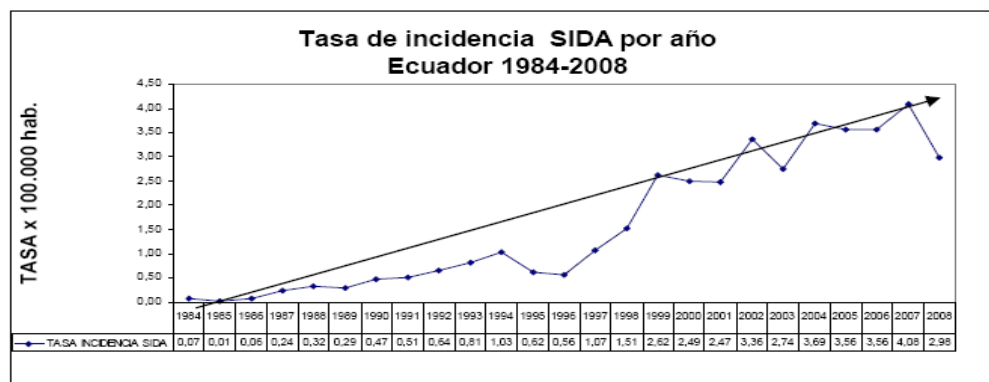
La tendencia de casos VIH es logarítmica, en ascenso la mortalidad y lineal para SIDA. (Gráfico1). El incremento de casos en VIH se atribuye a las estrategias de captación activa de casos, implementada por el país a partir del año 2005 con el tamizaje regular y gratuito en embarazadas, en personas con Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y en usuarios con tuberculosis. Adicionalmente el fortalecimiento en el sistema de notificación de casos VIH realizado en el año 2008 contribuye a este incremento ya que ha permitido captar hasta el mes de octubre de 2775

personas infectadas; 918 casos más que el año 2007, equivalente a un incremento del 49.4%, considerando que el nivel de sub-notificación estimada en el año 2007 fue de 57%.(2)

Grafico 1. Tendencia de casos VIH/SIDA Muertes relacionada por SIDA. Ecuador 1984-2007



Al obtener las tasas de incidencia de casos SIDA, de Mortalidad se mantiene las mismas tendencias.



Fuente: Programa Nacional SIDA

Ministerio de Salud Pública, Programa Nacional de Control y
Prevención del VIH/SIDA e ITS's. 2002-2008 (2).

Los datos sobre la magnitud de las ITS en Latinoamérica son limitados, sin embargo entre los adolescentes

mexicanos, la evidencia muestra que se trata de un importante problema de salud pública al que no se le ha dado la importancia debida: un estudio llevado a cabo con adolescentes escolarizados de entre 11-24 años en el estado de Morelos encontró una prevalencia de herpes simple tipo 2 (VHS 2) de 5.7% en promedio, con 9.2% en el caso de las mujeres estudiantes de secundaria, en tanto que, otro estudio con adolescentes de 15-21 años en localidades urbanas pequeñas encontró una prevalencia de VHS 2 de 11% entre los sexualmente activos (6). Por otra parte, se ha documentado una Prevalencia de 18% del virus del papiloma humano en mujeres menores de 25 años. El aspecto central de estas cifras, que podrían parecer no muy elevadas en comparación con otras poblaciones, es que se refieren a un grupo con una vida sexual corta. La organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la incidencia mundial de casos nuevos de ITS curables en 1995 (gonorrea, sífilis, clamidiasis, y tricomoniasis) fue de 333 millones. La prevalencia mundial de infecciones activas o latentes de ITS virales crónicas comunes como el herpes virus simple genital, virus de la hepatitis B y en forma ascendente el VIH, se podría estimar en billones de casos en virtud de que en

varias poblaciones la mayoría de los adultos se infectan con uno o más de estos patógenos(7).

En el año 2006 vivían con el VIH 39 millones de personas a nivel mundial, calculándose 11.000 nuevas infecciones cada día por el virus, el 95% ocurre en el tercer mundo, y corresponde casi el 50% a mujeres y lo más lamentable es que 1500 corresponden a menores de 15 años. La enfermedad de inmunodeficiencia adquirida se conoció en 1981, el virus causante fue aislado en 1983. En esa época afectaba a varones homosexuales, actualmente la pandemia no discrimina el sexo. Las vías de transmisión identificadas son la vía sexual, vertical, por transfusiones y por el uso de drogas inyectables a través del uso de agujas contaminadas.

A escala mundial, la epidemia de VIH se ha estabilizado, pero los niveles de nuevas infecciones y de fallecimientos por sida son inaceptablemente altos:

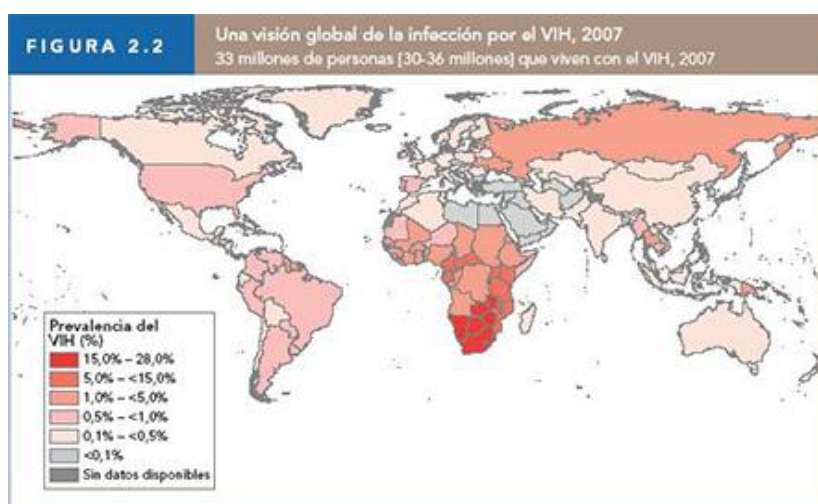
- Se estima que, en todo el mundo, 33 millones [30 millones–36 millones] de personas vivían con el VIH en 2007.
- El número anual de nuevas infecciones por el VIH disminuyó de 3,0 millones [2,6 millones 3,5

millones] en 2001 a 2,7 millones [2,2 millones–3,2 millones] en 2007.

- En total, 2,0 millones [1,8 millones 2,3 millones] de personas fallecieron a causa del sida en 2007, mientras que las estimaciones para 2001 fueron de 1,7 millones [1,5 millones 2,3 millones].
- Mientras que el porcentaje de personas que viven con el VIH se ha estabilizado a partir de 2000, el número total de personas que viven con el VIH ha ido aumentando de manera uniforme debido a las nuevas infecciones que ocurren cada año, a los tratamientos que prolongan la vida y a que las nuevas infecciones aún superan en número a los fallecimientos provocados por el SIDA.
- África meridional continúa soportando una parte desproporcionada de la carga mundial de VIH: en 2007, el 35% de las infecciones por el VIH y el 38% de los fallecimientos por sida se produjeron en esa subregión. En conjunto, África subsahariana alberga al 67% de todas las personas que viven con el VIH.
- Las mujeres representan la mitad de las personas que viven con el VIH en todo el mundo, y más del 60% de las infecciones por el VIH en África

subsahariana. Durante los últimos 10 años, la proporción de mujeres entre personas que viven con el VIH ha permanecido estable a nivel mundial, pero ha crecido en muchas regiones.

- Los jóvenes entre 15 y 24 años representan el 45% estimado de las nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo.
- Se estima que, en 2007, 370 000 [330 000– 410 000] niños menores de 15 años se infectaron con el VIH. A nivel mundial, el número de niños menores de 15 años que viven con el VIH aumentó de 1,6 millones [1,4 millones–2,1 millones] en 2001 a 2,0 millones [1,9 millones–2,3 millones] en 2007. Casi el 90% vive en África subsahariana.



Fuente: ONUSIDA. OMS. GOPELS. MINSAP, CNP ITS/VIH/sida, periódico *Trabajadores. Informe de la epidemia de sida*. 2008. ONUSIDA (32).

La infección VIH/SIDA, es vista actualmente como una amenaza para la seguridad humana y nacional como así lo ha considerado el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas (8), es así mismo urgente plantear propuestas educativas en prevención a la población. es así mismo urgente plantear propuestas educativas en prevención a las poblaciones militares debido a su vulnerabilidad frente al VIH/SIDA en razón de algunas de sus características socioculturales y por ser poblaciones móviles son susceptibles a adoptar conductas de riesgo en el plano sexual (9, 10, 11, 12). Por qué deben hacerse programas de prevención de las ITS y VIH/sida:

En diversos países, las tendencias favorables en la incidencia de la infección VIH se relacionan con programas de prevención y cambios de comportamiento (13).

Según la encuesta sobre salud reproductiva, el 9% de los adolescentes de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años han empezado a procrear. Este índice alcanza el 25% en el grupo de adolescentes con 19 años.

Los esfuerzos de prevención del VIH entre los jóvenes siguen siendo insuficientes, aunque en varios países hay

indicios de cambios de comportamientos. Se plantea que aquel individuo que haya tenido una ITS tiene 6 veces mayores posibilidades de enfermar de SIDA (14). Un resultado alentador es que el porcentaje de jóvenes que tienen relaciones sexuales antes de los 15 años ha disminuido y el uso del preservativo ha aumentado según el informe de ONUSIDA del 2006.

2.3. Distribución Geográfica de casos VIH/SIDA

Ecuador políticamente está dividido en 24 provincias agrupadas en cuatro regiones. Para el análisis de distribución geográfica se ha tomado como variable de referencia a la residencia habitual declarada por la persona en el momento del diligenciamiento de la ficha epidemiológica. Hasta octubre 2008, todas las 24 provincias han diagnosticado y notificado casos de VIH, llama la atención que el 81.59% de los casos estén distribuidos en cinco provincias, de las cuales 1493 casos (53.78%) correspondan a Guayas. La región costa agrupa el 82.42%(2288) de todos los caso a nivel nacional.

Tabla. Frecuencia de casos VIH notificados por provincia. Ecuador 2008.

PROVINCIA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
GUAYAS	1493	53,78%	53,78%
LOS RÍOS	247	8,90%	62,68%
MANABI	203	7,31%	69,99%
PICHINCHA	168	6,05%	76,04%
ESMERALDAS	154	5,55%	81,59%
EL ORO	107	3,85%	85,45%
SANTO DOMINGO	54	1,95%	87,39%
LOJA	43	1,55%	88,94%
SANTA ELENA	26	0,94%	89,88%
AZUAY	23	0,83%	90,71%
ORELLANA	23	0,83%	91,53%
CHIMBORAZO	17	0,61%	92,15%
TUNGURAHUA	15	0,54%	92,69%
COTOPAXI	12	0,43%	93,12%
CAÑAR	10	0,36%	93,48%
NAPO	10	0,36%	93,84%
IMBABURA	9	0,32%	94,16%
SUCUMBIOS	8	0,29%	94,45%
BOLIVAR	5	0,18%	94,63%
GALAPAGOS	4	0,14%	94,78%
PASTAZA	4	0,14%	94,92%
CARCHI	2	0,07%	94,99%
ZAMORA	2	0,07%	95,06%
MORONA	1	0,04%	95,10%
NO DATO	136	4,90%	100,00%
Total	2776	100,00%	

Tabla. Frecuencia de casos VIH notificados por región. Ecuador 2008

REGIONES	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
REGION COSTA INSULAR	2288	82,42%	82,42%
REGION SIERRA	304	10,95%	93,37%
REGION ORIENTE	48	1,73%	95,10%
SIN DATO	136	4,90%	100,00%
TOTAL	2776	100,00%	

Ministerio de Salud Pública, Programa Nacional de Control y
Prevención del VIH/SIDA e ITS's. 2002-2008 (2).

3. JUSTIFICACION

A pesar de que en los últimos años la sexualidad ya no es un tabú y que la salud sexual y reproductiva forman parte del currículo de la educación primaria y secundaria, su temática se debate en espacios cada vez más amplios; la educación en sexualidad no ha hecho que se reviertan las conductas de riesgo. No obstante la conciencia de la necesidad de tratarlo, no cuenta con herramientas

concretas para su abordaje que sean diferentes a la descripción anatómica, fisiológica, reproductiva.

Las ITS y VIH/SIDA son un problema de salud pública cuyos aspectos sociales, culturales, políticos y económicos deben ser abordados con urgencia para evitar el avance de la epidemia de la infección VIH/SIDA y la incidencia de las ITS.

Es importante la facilitación de conocimientos en ITS y VIH/SIDA a los estudiantes universitarios por las siguientes razones:

- Ser un grupo vulnerable a las ITS y VIH/SIDA.
- Diversos estudios efectuados indican que los jóvenes corren riesgo de contraer la infección por el VIH
- La Universidad brinda la oportunidad de proporcionar prevención y educación sobre las ITS y el VIH/SIDA a *un gran "auditorio incondicional" en un entorno disciplinado y muy organizado.*
- El VIH es una amenaza no solamente para los jóvenes universitarios sino también para su familia y su comunidad.

Por otro lado, hay elementos sociológicos que forman parte del sistema de valores en Latinoamérica como por ejemplo

el estoicismo cristiano y la religiosidad que han hecho que la población sea fatalista y no vea en forma clara que algunos procesos de salud/ enfermedad puedan ser controlados y más aún evitados. La era posmoderna ha golpeado gravemente el comportamiento de los jóvenes quienes mantienen actualmente como valores prioritarios el individualismo y el consumismo que inciden en la vulnerabilidad frente al SIDA, estimulando actitudes machistas, tanto al interior del núcleo familiar como fuera de este a nivel social, así es como los jóvenes son motivados muchas de la veces desde el propio núcleo familiar al sexo comercial. Sin embargo, la mentalidad estudiantil se aproxima racionalmente al tema sexual; son los jóvenes quienes están dispuesto/as a abordar y solucionar las inquietudes de su sexualidad con los adultos pero la mayoría de las veces estos últimos evitan el dialogo dejando abierta la posibilidad de comportamientos erróneos por parte de los jóvenes. La negativa a aceptar las situaciones de vulnerabilidad, los expone a contactos sexuales al margen de la relación de pareja, con riesgo de contraer ITS o infección VIH/SIDA con alto impacto en la sociedad.

CAPÍTULO II

4. MARCO TEORICO

Las enfermedades de transmisión sexual, también son conocidas como infecciones de transmisión sexual (ITS) o clásicamente como enfermedades venéreas, y se definen como un conjunto de entidades clínicas infectocontagiosas agrupadas por tener en común la misma vía de transmisión: se transmiten de persona a persona solamente por medio de contacto íntimo (que se produce, casi exclusivamente, durante las relaciones sexuales). Las ITS siguen siendo frecuentes y afectan cada año a 340 millones de personas en todo el mundo.

4.1 Incidencia de las siguientes ITS en 2007 fue la siguiente:

Los datos sobre la situación mundial nos indican la existencia de 333 millones de nuevos casos, por año, de ITS-curables (15). Según datos de la OMS, a nivel mundial existen 12 millones de nuevos casos de sífilis, en Latinoamérica y el Caribe fue de 3 millones (16). La incidencia global de tricomoniasis fue de 167,2 millones y 18,5 en América Latina y el Caribe. La incidencia global de

Chlamydia de 92 millones y 9.5 millones en América Latina y el Caribe; de blenorragia 62 millones a nivel global y 7.5 millones en América Latina (17).

Existe una relación estrecha entre el uso de alcohol y drogas y las ITS, así lo demuestra un estudio realizado en Nueva York en 1986 y 1988 que estableció un odds ratio de 6,6 entre los consumidores de cualquier droga ilegal y los que no la consumían para la sífilis congénita. Una encuesta realizada en España realizada en 5253 sujetos de 18 a 39 años el consumo de drogas se asocia a conductas de riesgo (más de una pareja sexual en los 12 últimos meses y no usar preservativo).

La infección VPH, es la ITS más frecuente a nivel mundial, en Estados Unidos 20 millones están infectados, especialmente adolescentes y adultos jóvenes. En la mujer el uso de anticonceptivos la ha liberado de embarazos no deseados facilitando su participación activa en las relaciones sexuales; los jóvenes son quienes participan en los cambios socioculturales; los y las adolescentes constituyen un grupo de alto riesgo, las ITS ocurren con mayor frecuencia en grupos de edad comprendidos entre los 15 y 29 años (18).

Los jóvenes son destinatarios importantes de la educación preventiva sobre las ITS que incluye al VIH/SIDA. En un estudio realizado por CONASIDA demostró que alrededor de 50% de los jóvenes menores de 17 años son sexualmente activos (19); y el ritmo de rotación de pareja alcanza su máxima intensidad entre los adolescentes y los jóvenes de poco más de 20 años.

La utilización sistemática y apropiada del preservativo es limitada entre los jóvenes, lo que les predispone a contraer infecciones de transmisión sexual, por ejemplo, en los EEUU, se estima que 3 millones de jóvenes adquieren una ITS cada año y afecta a 1 de cada 6 adolescentes sexualmente activos (19). Los adolescentes latinos, comprendidos entre los 13 y 19 años, constituyeron 17% de los casos de SIDA en este país, mientras el 22% constituyeron los que se encontraban en edades de 20 y 24 años (20).

Las encuestas realizadas indican que la mitad de los jóvenes tienen ideas erróneas de cómo se transmite el virus VIH, y existe un número muy alto de jóvenes que indican que con solo mirar a una persona se puede reconocer que tiene SIDA.

El comienzo de la actividad sexual es antes de cumplir los 18 años, en la mayoría de los países, existiendo países especialmente los con recursos más bajos, en los que los adolescentes comienzan su actividad sexual a edad muy temprana. La edad de la primera relación sexual en los adolescentes mexicanos es de 15 años en un 5,1% y el 57.9% de los adolescentes iniciaron su vida sexual antes de cumplir los 19 años (21,22).

En Ecuador al menos de la mitad de las adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años inician las relaciones sexuales cada vez más temprano y sin protección.

Desde las primeras estimaciones del uso del condón por los jóvenes solteros realizadas a mediados de la década de 1980, la curva del uso del condón se ha incrementado, pasando del 7% en 1985 a 51% en el año 2000 entre los hombres y de 5% a 23% entre las mujeres; el preservativo es utilizado mayoritariamente como método anticonceptivo por los adolescentes (22, 23). Los estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los jóvenes indican que estos tienen una combinación de ansiedad e ignorancia, se preocupan del embarazo accidental, pero los varones subestiman el riesgo de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA. El desconocimiento es

el principal multiplicador del VIH/SIDA, el reconocer que los jóvenes tienen vida sexual y que no cuentan con el conocimiento adecuado para protegerse, lleva a establecer programas de prevención.

En educación y promoción de la salud, los avances en la investigación que le da soporte a las intervenciones programáticas han ocurrido directa e indirectamente por la aplicación en la práctica de teorías y modelos desarrollados en las más diversas áreas del conocimiento, principalmente en las ciencias comporta mentales y sociales, una de las teorías que han respaldado algunas intervenciones es la Teoría cognoscitivo-social de Albert Bandura.

Sífilis 12 millones a nivel mundial y 3 millones en América Latina y el Caribe La incidencia global de tricomoniasis fue de 174 millones y 18,5 en América Latina y el Caribe La incidencia global de clamidia de 92 millones y 9.5 millones en América Latina y el Caribe; de blenorragia 62 millones a nivel global y 7.5 millones en América Latina y el caribe (24, 25).

La utilización sistemática y apropiada del preservativo es limitada entre los jóvenes, lo que les predispone a contraer

infecciones de transmisión sexual, por ejemplo, en los Estados Unidos, el 25% de los adolescentes sexualmente activos contrae una enfermedad de transmisión sexual cada año. Aproximadamente un 15% de las infecciones de VIH acumulativas correspondía a personas de entre 13 y 24 años de edad en 1999 y aproximadamente un 50% de los casos nuevos de infección por el VIH en ese país se produce entre los jóvenes (26).

Las encuestas realizadas en 40 países indican que la mitad de los jóvenes tienen ideas erróneas de cómo se trasmite el virus VIH, y existe un número muy alto de jóvenes que indican que con solo mirar a una persona se puede reconocer que tiene SIDA (27).

Desde las primeras estimaciones del uso del condón por los jóvenes solteros realizadas a mediados de la década de 1980, la curva del uso del condón se ha incrementado, pasando del 7% en 1985 a 51% en el año 2000 entre los hombres y de 5% a 23% entre las mujeres; el preservativo es utilizado mayoritariamente como método anticonceptivo por los adolescentes (28,29).

4.2 Infecciones de Transmisión Sexual

Las ITS, generalmente, se transmiten de una persona a otra durante la relación sexual. Pueden transmitirse por la vagina, por el ano o por el contacto de la boca con el pene o la vagina. Se contagian entre hombres y mujeres o entre personas del mismo sexo. Algunas ITS pueden transmitirse mediante el contacto con sangre o algunos de sus derivados contaminados, como ocurre entre las personas que se drogan y comparten sus agujas. También puede pasar de la madre al niño durante el embarazo, nacimiento o mientras le da de lactar. Existen muchos síndromes asociados a las ITS, en la siguiente tabla siguiente resumimos los más importantes. Un síndrome es definido como un grupo de síntomas que aquejan a un paciente y/o signos encontrados al momento de examinarlo. En el caso de las ITS, un síndrome puede ser causado por uno o más agentes etiológicos (30).

Síndrome	Síntomas	Signos	Etiologías más comunes
Flujo vaginal (Descenso vaginal)	Descenso vaginal	Descenso vaginal ó flujo vaginal anormal	Vaginitis asociada a: * Vaginosis Bacteriana * Tricomoniasis * Candidiasis (si hay prurito asociado)
Descarga uretral en varón	* Pus ó secreción por el pene * Ardor al orinar	Pus o secreción por el pene.	Clamidia y gonorrea.
Úlcera genital en varón y mujer	Úlcera genital	* Úlcera genital. * Ganglios inguinales palpables	* Sífilis * Chancroide Menos frecuentes: * Herpes * Donovanosis * Linfogranuloma venéreo
Dolor abdominal bajo	* Dolor abdominal bajo. * Dolor con las relaciones sexuales.	* Descenso vaginal. * Dolor a la movilización de la cérvix y anexos. * Temperatura > 38°	Clamidia, Gonorrea y Anaerobios.
Inflamación escrotal	Dolor e inflamación escrotal.	Inflamación escrotal.	Clamidia, Gonorrea.
Bubón inguinal	Ganglios inguinales inflamados y dolorosos.	Ganglios inguinales inflamados acompañados de absceso o fístula.	Linfogranuloma venéreo, Chancroide.

4.2.1. VIH-SIDA

Desde el descubrimiento de SIDA en el año 1981, han surgido varias teorías, acerca de su origen. Ahora la más aceptada es que el virus ha tenido su origen en el VIS

(Virus de Inmunodeficiencia Símica), transmitió al hombre por el chimpancé.

El desconocimiento es el principal multiplicador del VIH/SIDA, el reconocer que los jóvenes tienen vida sexual y que no cuentan con el conocimiento adecuado para protegerse, lleva a establecer programas de prevención. En algunos países la mayoría de infecciones por el VIH se produce por inyección de drogas con equipos contaminados, relaciones sexuales no protegidas entre varones y comercio sexual peligroso.

En el Ecuador el total de casos notificados de VIH/Sida hasta octubre del 2008 es de 15.318 (31). La razón de género en el 2006 se situó en 1,5:1 hombres por cada mujer cuando era de 6:1 cerca del año 1990 (32).

Con respecto al VIH/SIDA según preferencia sexual en el año 2007 se encuentra que 13,1% son homosexuales, 6,1% bisexuales y con un porcentaje alto la población heterosexual 80,1%. En relación con la edad, hay un mayor porcentaje entre las edades de 20 y 44 años concentra el 81.4% de los casos de SIDA en el periodo de 2007 (33).

Según la OPS el 20 % de adultos jóvenes y adolescentes sexualmente activos contraen una ITS cada año. En Ecuador el 60 % usó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual. El 30.7 % usa condón siempre y el 69,3 % lo usa a veces (34).

La generación de jóvenes actual es la mayor de la historia, casi la mitad de la población mundial tiene menos de 25 años (más de 3.000 millones de personas) el 85% se los jóvenes están viviendo en los países en desarrollo y 238 millones de jóvenes sobreviven con menos de un dólar diario; 88 millones de jóvenes se encuentran desempleados. (35, 36, 37, 38).

Hay sólo 3 maneras principales en que el VIH puede transmitirse:

- **A través de líquidos sexuales infectados**
- **A través de sangre infectada o productos de sangre infectados**
- **De la madre infectada a su bebé durante el embarazo y el parto**

Los síntomas del VIH/SIDA en algunas personas que se enferman dentro de las 6 semanas son los siguientes síntomas:

- Fiebre
- Dolor de cabeza
- Ganglios inflamados
- Cansancio
- Coyunturas y músculos doloridos
- Dolor de garganta

Sin embargo, la mayoría de las personas con VIH no tiene síntomas por años. Cuando las personas con VIH contraen una enfermedad seria, se dice que tienen SIDA. Las personas con SIDA pueden tener cualquiera de los siguientes síntomas:

- Fiebre que dura más de un mes.
- Pérdida de peso.
- Cansancio extremo.
- Diarrea por más de 1 mes.
- Ganglios linfáticos agrandados.
- Falta de claridad al pensar.
- Pérdida del sentido del equilibrio.

Actualmente no hay ninguna cura para la infección por VIH o el SIDA. Se han creado muchas drogas que ayudan a tratar el VIH/SIDA, pero no lo curan. Un 30% de las personas con VIH desarrolla SIDA dentro de los 5 años. Esto significa que contraen una enfermedad seria, como cáncer o neumonía, dentro de los 5 años. Algunas personas sólo desarrollan síntomas leves dentro de estos 5 años, como ganglios inflamados, diarrea, fiebre y pérdida de peso. Aproximadamente un 50% de las personas con VIH desarrolla SIDA dentro de los 10 años de haberse infectado con VIH (2).

4.2.2. Herpes Genital

El herpes genital (ITS) causada por los virus del herpes simple tipo 1 (VHS-1) y tipo 2 (VHS-2). La mayoría de los herpes genitales son causados por el tipo VHS-2. La mayoría de las personas infectadas por el VHS-1 o VHS-2 no presentan signos ni síntomas de la infección o presentan síntomas mínimos. Cuando se manifiestan los signos, usualmente lo hacen en forma de una o más ampollas en los genitales o el recto o alrededor de los mismos. La forma de transmisión de el VHS-1 y el VHS-2 pueden encontrarse en las llagas causadas por los virus y ser liberados por las mismas, pero entre brote y brote los

virus también pueden ser liberados por la piel que no tiene llagas. El primer brote ocurre generalmente dentro de las dos semanas siguientes a la transmisión del virus y las llagas se curan típicamente en dos a cuatro semanas. Otros signos y síntomas durante el episodio primario pueden incluir una segunda serie de llagas y síntomas parecidos a la gripe, entre ellos fiebre e inflamación de las glándulas. La mayoría de las personas a quienes se les ha diagnosticado un primer caso de herpes genital pueden esperar tener varios (4-5) brotes en un período de un año.

No existe un tratamiento que pueda curar el herpes, pero los medicamentos antivirales pueden acortar y prevenir los brotes durante el tiempo que la persona toma los medicamentos. Adicionalmente, la terapia supresora diaria contra el herpes sintomático puede reducir la posibilidad de transmisión a las parejas sexuales de las personas infectadas. La manera más segura de evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual, incluido el herpes genital, es abstenerse del contacto sexual o tener una relación duradera, mutuamente monógama, con una pareja a quien se le han hecho las pruebas y se sabe que no está infectada.

El uso adecuado y habitual de condones de látex puede reducir el riesgo de adquirir el herpes genital. Las personas con herpes deben abstenerse de tener relaciones sexuales con parejas sexuales no infectadas cuando tengan lesiones u otros síntomas del herpes (16).

4.2.3. Sífilis

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual causada por la bacteria *Treponema pallidum*. A menudo se le ha llamado “la gran imitadora” porque muchos de sus signos y síntomas no se distinguen fácilmente de otras enfermedades. Entre el 2005 y el 2006, el número de casos reportados de sífilis primaria y secundaria aumentó en un 11.8%. Entre el 2000 y el 2006 las tasas de sífilis primaria y secundaria en hombres se incrementaron anualmente de 2.6 a 5.7, mientras que en las mujeres esto mismo ocurrió entre el 2004 y el 2006. En el 2006, el 64% de los casos reportados de sífilis primaria y secundaria correspondieron a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH).

La forma de transmisión de la sífilis se pasa de una persona a otra a través del contacto directo con una úlcera sifilítica. Las úlceras aparecen principalmente en los

genitales externos, la vagina, el ano o el recto. También pueden salir en los labios y en la boca. La transmisión de la bacteria ocurre durante las relaciones sexuales vaginales, anales u orales. Las mujeres embarazadas que tienen esta enfermedad pueden pasársela a los bebés que llevan en el vientre. Los signos y síntomas de muchas personas que tienen sífilis no presentan síntomas durante años, pero aun así enfrentan el riesgo de tener complicaciones en la fase avanzada si no se trata la enfermedad. Las personas que están en la fase primaria o secundaria de la enfermedad transmiten la infección aunque muchas veces las úlceras sifilíticas no se puedan reconocer. Por lo tanto, las personas que no saben que están infectadas pueden contagiar la enfermedad.

- **Fase primaria:** Esta marcada por la aparición de una sola úlcera (llamada chancro), pero puede que haya muchas. El tiempo que transcurre entre la infección por sífilis y la aparición del primer síntoma puede variar de 10 a 90 días (con un promedio de 21 días). Por lo general, el chancro es firme, redondo, pequeño e indoloro.
- **Fase secundaria:** Comienza con la aparición de una erupción de la piel en una o más áreas del cuerpo, que

por lo general no produce picazón. Las erupciones de la piel asociadas a la sífilis secundaria pueden aparecer cuando el chancro se está curando o varias semanas después de que se haya curado. La erupción característica de la sífilis secundaria puede tomar el aspecto de puntos rugosos, de color rojo o marrón rojizo, tanto en la palma de las manos como en la planta de los pies. Los signos y síntomas de la sífilis secundaria desaparecen aun si no son tratados, pero si no se administra tratamiento la infección progresará a la fase latente y posiblemente hasta la última fase de la enfermedad.

- **Fases latente y terciaria:** La fase latente (oculta) de la sífilis comienza con la desaparición de los síntomas de las fases primaria y secundaria. Sin tratamiento, la persona infectada seguirá teniendo sífilis aun cuando no presente signos o síntomas ya que la infección permanece en el cuerpo. Esta fase latente puede durar años. En el 15% de las personas que no reciben tratamiento para la sífilis, la enfermedad puede avanzar hasta las fases latente y terciaria, que pueden aparecer de 10 a 20 años después de haberse adquirido la infección. En esta fase avanzada la sífilis puede afectar posteriormente órganos internos como el cerebro, los

nervios, los ojos, el corazón, los vasos sanguíneos, el hígado, los huesos y las articulaciones. Los signos y síntomas de la fase terciaria de la sífilis incluyen dificultad para coordinar los movimientos musculares, parálisis, entumecimiento, ceguera gradual y demencia. El daño puede ser grave y causar la muerte.

El tratamiento de la sífilis es fácil de curar en sus fases iniciales. Si una persona ha tenido sífilis durante menos de un año, la enfermedad se curará con una sola inyección intramuscular de penicilina, que es un antibiótico, y si ha tenido sífilis por más de un año, necesitará dosis adicionales. La manera más segura de evitar contraer enfermedades de transmisión sexual es abstenerse del contacto sexual o tener una relación estable y mutuamente monógama con una pareja que se haya hecho las pruebas y que se sabe que no tiene ninguna infección (39).

4.2.4. Tricomoniasis

La tricomoniasis es una enfermedad de transmisión sexual frecuente que afecta tanto a hombres como a mujeres, siendo más frecuentes los síntomas en mujeres. La forma de transmisión de la tricomoniasis es causada por el

parásito protozoario unicelular *Trichomonas Vaginalis*. La vagina es el sitio más común donde ocurre la infección en las mujeres mientras que en los hombres es en la uretra. El parásito se transmite a través de las relaciones sexuales con una pareja infectada ya sea por el contacto entre el pene y la vagina o por el contacto de vulva a vulva. Algunas mujeres tienen síntomas o signos de la infección que incluyen un flujo vaginal espumoso, amarillo verdoso y con un fuerte olor. La infección también puede causar molestias durante la relación sexual o al orinar, así como irritación y picazón en el área genital de la mujer.

El tratamiento para la tricomoniasis es metronidazol o tinidazol en una sola dosis por vía oral. La pareja debe tratarse la infección al mismo tiempo para eliminar el parásito. Las personas que se están tratando la tricomoniasis deben evitar tener relaciones sexuales hasta que tanto ellas como sus parejas hayan terminado el tratamiento y no tengan síntomas. Las mujeres embarazadas pueden tomar metronidazol.

La manera más segura de evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual es la abstención del contacto sexual, o tener una relación estable y mutuamente monógama con una pareja que se haya

hecho las pruebas de detección y que se sabe que no tiene ninguna infección. Los condones de látex para los hombres, cuando se usan de manera habitual y correcta, pueden reducir el riesgo de transmisión de la tricomoniasis (40).

4.2.5. Clamidia

La infección por clamidia es causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis*, que puede afectar los órganos genitales de la mujer. Aunque generalmente la infección por clamidia no presenta síntomas o se manifiesta con síntomas leves, hay complicaciones graves que pueden ocurrir “en forma silenciosa” y causar daños irreversibles, como la infertilidad, antes de que la mujer se dé cuenta del problema.

La forma de transmisión de infección por clamidia puede ser transmitida durante relaciones sexuales vaginales, orales o anales. También se puede transmitir de madre a hijo durante el parto vaginal, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres también están en peligro de contraer la infección por clamidia.

Los hombres con signos o síntomas podrían presentar secreción del pene o una sensación de ardor al orinar;

también pueden sufrir de ardor y picazón alrededor de la abertura del pene. Los hombres o mujeres que tienen relaciones sexuales con penetración anal pueden contraer la infección por clamidia en el recto, lo cual puede causar dolor, secreciones o sangrado en el recto. En las mujeres, si la infección no es tratada, puede propagarse al útero o a las trompas de Falopio y causar enfermedad inflamatoria pélvica. El daño puede llegar a causar dolor pélvico crónico, infertilidad y embarazo ectópico (embarazo implantado fuera del útero), el cual puede causar la muerte. Si están expuestas al virus del VIH, las mujeres infectadas por clamidia tienen hasta cinco veces más probabilidades de infectarse. Para ayudar a prevenir las graves consecuencias de la infección por clamidia, se recomienda que las mujeres sexualmente activas de 25 años de edad o menos se realicen una prueba de detección de la clamidia al menos una vez al año.

Todas las parejas sexuales deben ser evaluadas, hacerse las pruebas y recibir tratamiento. Las personas con infección por clamidia deben abstenerse de tener relaciones sexuales hasta que ellas y sus parejas sexuales hayan terminado el tratamiento, de lo contrario podrían volverse a infectar (41).

4.2.6. Gonorrea

La gonorrea es provocada por la *Neisseria gonorrhoeae*, una bacteria que puede crecer y multiplicarse fácilmente en áreas húmedas y tibias del tracto reproductivo, incluidos el cuello uterino, el útero y las trompas de Falopio en la mujer, y en la uretra en la mujer y en el hombre. Esta bacteria también puede crecer en la boca, la garganta, los ojos y el ano. La forma de transmisión de la gonorrea se transmite por contacto con el pene, la vagina, la boca o el ano. No es necesario que se dé la eyaculación para transmitir o contraer la gonorrea. La gonorrea también puede transmitirse de madre a hijo durante el parto

Entre los signos y síntomas se encuentran la sensación de ardor al orinar y una secreción blanca, amarilla o verde del pene. Algunas veces a los hombres con gonorrea les duelen los testículos o se les inflaman. La mayoría de las mujeres con gonorrea no tienen síntomas, y si los tienen, éstos son leves. Incluso cuando tienen síntomas, pueden ser tan poco específicos que se confunden con los síntomas de una infección vaginal o de cistitis. Entre los primeros síntomas y signos en las mujeres se encuentran una sensación de dolor o ardor al orinar, aumento del flujo

vaginal y hemorragia vaginal entre períodos. Entre los síntomas de infección rectal tanto en hombres como en mujeres, puede haber secreción, picazón, dolor y sangrado en el ano y dolor al defecar. También es probable que la infección rectal no esté acompañada de síntomas. Las infecciones de la garganta puede que provoquen dolor de garganta, pero por lo general no se presenta ningún síntoma. Las complicaciones en las mujeres, la gonorrea es una causa frecuente de enfermedad inflamatoria pélvica. La gonorrea puede propagarse a la sangre y a las articulaciones. Esta afección puede ser potencialmente mortal. Además, las personas con gonorrea pueden fácilmente infectarse con el VIH, el virus que causa el SIDA. Las personas infectadas con VIH que tienen gonorrea tienen más probabilidad de transmitir el VIH a otra persona.

El tratamiento en el cual existen varios antibióticos con los cuales se puede tratar exitosamente la gonorrea en adolescentes y adultos. Sin embargo, ha estado aumentando el número de cepas de gonorrea resistentes a las medicinas en muchas partes del mundo, incluidos los Estados Unidos, por lo que el tratamiento de la gonorrea se hace cada vez más difícil (42).

4.2.7. Virus Del Papiloma Humano

El virus del papiloma humano genital (VPH) es la infección de transmisión sexual (ITS) más frecuente. La mayoría de las personas infectadas por el VPH no presentan síntomas o problemas de salud. Pero en ocasiones, ciertos tipos del VPH pueden causar verrugas genitales en hombres y mujeres. Otros tipos del VPH pueden causar cáncer de cuello uterino y otros cánceres menos comunes como el de vulva, vagina, ano y pene.

Las verrugas genitales por lo general aparecen en el área genital como pequeños granitos individuales o en grupos. El cáncer de cuello uterino no presenta síntomas sino hasta que está en una etapa avanzada. Por esta razón es importante que las mujeres se realicen periódicamente pruebas de detección del cáncer de cuello uterino.

La forma de transmisión de el VPH genital se transmite por contacto genital, más a menudo por relaciones sexuales vaginales y anales. Es posible que el VPH permanezca en el cuerpo de una persona durante años, aun cuando hayan pasado muchos años desde que tuvo una relación sexual. El VPH puede causar que las células normales en la piel o membranas mucosas infectadas se

vuelvan anormales. La mayor parte del tiempo usted no puede ver o sentir estos cambios en las células.

- **Infección por el VPH.** En la actualidad, aproximadamente 20 millones de estadounidenses se encuentran infectados por el VPH y otros 6.2 millones de personas se infectarán por primera vez anualmente. Por lo menos el 50 por ciento de las mujeres y hombres sexualmente activos contraerán la infección genital del VPH en algún momento de sus vidas. **Cáncer de cuello uterino.** La Sociedad Americana del Cáncer calcula que en el 2008, a 11,070 mujeres se les diagnosticará cáncer de cuello uterino.

- **Medidas de prevencion**

Las mujeres pueden tomar medidas importantes para prevenir el cáncer de cuello uterino. La vacuna contra el VPH puede proteger contra la mayoría de los cánceres de cuello uterino. El cáncer de cuello uterino también se puede prevenir mediante la realización de pruebas de detección periódicas y haciendo seguimiento a los resultados anormales. La prueba de Papanicolau permite identificar cambios anormales o de tipo precanceroso en el cuello uterino de tal

manera que las áreas afectadas puedan extirparse antes de que se conviertan en cáncer. En la actualidad, no se dispone de una vacuna aprobada para prevenir en los hombres las enfermedades relacionadas con el VPH. Por lo general, en mujeres embarazadas que tienen verrugas genitales no se recomiendan los partos por cesárea para prevenir la infección en los bebés. No existe un tratamiento contra el virus mismo, sin embargo, un sistema inmunitario saludable generalmente puede combatir el VPH en forma natural (43).

4.2.8. VAGINOSIS BACTERIANA

Vaginosis bacteriana (VB) es el nombre que se le da a una afección que ocurre en las mujeres, en la cual el equilibrio bacteriano normal en la vagina se ve alterado y en su lugar ciertas bacterias crecen de manera excesiva. En ocasiones, va acompañada de flujo vaginal, olor, dolor, picazón o ardor.

La forma de transmisión de la vaginosis bacteriana no se conoce del todo. La VB está asociada a un desequilibrio en la cantidad de bacterias que normalmente se encuentran en la vagina de la mujer. Normalmente, la mayoría de las

bacterias en la vagina son “buenas”, pero también hay unas cuantas bacterias que son “dañinas”. La VB se presenta cuando hay un aumento del número de bacterias dañinas.

No se sabe mucho acerca de cómo las mujeres contraen la vaginosis bacteriana. Todavía hay muchas preguntas para las que no se han encontrado respuesta acerca del papel de las bacterias nocivas como causa de la VB. Cualquier mujer puede contraer una vaginosis bacteriana.

No obstante, algunas actividades o conductas como las siguientes alteran el equilibrio normal de las bacterias en la vagina y exponen a la mujer a un riesgo mayor de contraer la VB.

- Tener una nueva pareja sexual o múltiples parejas sexuales.
- Utilizar duchas vaginales.

El papel que desempeña la actividad sexual en la aparición de la VB no está claro. Las mujeres no contraen la vaginosis bacteriana por el contacto con los inodoros, la ropa de cama, las piscinas o por tocar los objetos que las rodean. Las mujeres que nunca han tenido relaciones sexuales también pueden padecer esta infección.

Los signos y síntomas en las mujeres con VB pueden tener un flujo vaginal anormal con un olor desagradable. Algunas mujeres manifiestan sentir un fuerte olor a pescado, especialmente después de haber tenido relaciones sexuales. De estar presente, el flujo vaginal suele ser de color blanco o gris y puede ser poco espeso. Las mujeres con VB también pueden sentir ardor al orinar o picazón en la parte externa de la vagina o ambos síntomas. Sin embargo, la mayoría de las mujeres indican no tener ni signos ni síntomas. En la mayoría de los casos, la vaginosis bacteriana no produce complicaciones; sin embargo, la VB puede exponer a las mujeres a graves riesgos como los siguientes:

- La VB puede aumentar la susceptibilidad de la mujer a la infección por el VIH si está expuesta a este virus.
- La VB aumenta la probabilidad de que una mujer con VIH transmita este virus a su pareja sexual.
- La VB ha sido asociada a un aumento de infecciones después de procedimientos quirúrgicos como la histerectomía o el aborto.
- La VB en la mujer embarazada puede aumentar el riesgo de complicaciones del embarazo como el parto prematuro.

- La VB puede aumentar la susceptibilidad de la mujer a contraer otras ETS, tales como el virus del herpes simple (VHS), la infección por clamidia y la gonorrea.

Aun cuando algunas veces la vaginosis bacteriana desaparece sin tratamiento, toda mujer con síntomas de VB debe ser tratada, de manera que se eviten complicaciones. Por lo general, no es necesario tratar a la pareja sexual masculina. Sin embargo, la VB puede ser transmitida entre parejas sexuales femeninas.

El tratamiento es de particular importancia en las mujeres embarazadas. Toda mujer que haya tenido un parto prematuro o un bebé con bajo peso al nacer debe ser examinada para detectar la vaginosis bacteriana, independientemente de los síntomas, y si se comprueba la enfermedad debe recibir tratamiento. Todas las mujeres con síntomas de VB deben ser examinadas y tratadas.

La VB se trata con antibióticos recetados por un médico. Se recomiendan dos antibióticos diferentes para el tratamiento de la vaginosis bacteriana: metronidazol y clindamicina. Cualquiera de los dos antibióticos puede utilizarse tanto en mujeres embarazadas como no embarazadas, pero según el caso se recomiendan dosis diferentes. Las mujeres con

VB que también son VIH positivas deben recibir el mismo tratamiento que reciben las mujeres VIH negativas. La VB puede reaparecer después del tratamiento.

Los siguientes pasos básicos de prevención pueden ayudar a reducir el riesgo de alterar el equilibrio natural de las bacterias en la vagina y la aparición de la VB:

- Practicar la abstinencia sexual.
- Limitar el número de parejas sexuales.
- No darse duchas vaginales.
- Tomar todo el medicamento recetado para tratar la VB, aun cuando hayan desaparecido los signos y síntomas (44).

4.2.9. Linfogranuloma Venereo

El LGV (linfogranuloma venéreo) es una enfermedad de transmisión sexual causada por tres cepas de la bacteria *Chlamydia trachomatis*. Los signos visuales incluyen una o más pápulas genitales (p.ej., superficies elevadas o granos) y/o úlceras e inflamación de los ganglios linfáticos del área genital. El LGV también puede producir úlceras rectales, sangrado, dolor y flujo, especialmente en personas que practican relaciones sexuales anales receptivas. Las lesiones genitales causadas por el LGV se

pueden confundir con otras ITS ulcerativas, como la sífilis, el herpes genital y el chancroide. Las complicaciones de un LGV no tratado pueden incluir agrandamiento y ulceración de los genitales externos y obstrucción linfática, lo cual puede llevar a una elefantiasis de los genitales.

La forma de transmisión del LGV se transmite de persona a persona a través del contacto directo con lesiones, úlceras y otras áreas donde se localiza las bacterias. La transmisión de la bacteria ocurre durante la penetración sexual (vaginal, oral o anal) y también puede ser a través del contacto de piel a piel. Se desconoce la probabilidad de infección por el LGV después de una exposición, pero se le considera menos infecciosa que otras ITS. Una persona que ha tenido contacto sexual con una pareja infectada con LGV debe examinarse dentro de los 60 días desde la aparición de los síntomas para que se le hagan pruebas de infección clamidial en la uretra o el cuello uterino.

El LGV puede ser difícil de diagnosticar. Por lo general, la lesión primaria que produce el LGV puede consistir en una lesión genital o rectal pequeña, que puede ulcerarse en la zona de la transmisión después de un período de incubación de 3 a 30 días. Estas úlceras pueden

permanecer sin detectarse en la uretra, la vagina o el recto. Al igual que con otras ETS que causan úlceras, el LGV puede facilitar la transmisión o adquisición del VIH. No existe ninguna vacuna contra las bacterias. El LGV puede ser tratado con antibióticos por tres semanas (45).

4.3 Las teorías del aprendizaje

Existen dos grandes paradigmas en la sicología del aprendizaje:

4.3.1. El conductismo que tiene como representantes a: Watson, Thorndike, Skinner, Pavlov, Tolman.

Thorndike describe tres leyes en el aprendizaje: Del efecto, de ejercicio y de sin lectura que se basan en el estímulo y respuesta.

Watson ubica a la psicología con el carácter de las ciencias naturales, se observa la influencia del positivismo de Augusto Comte.

Skinner: la teoría de Skinner tiene como fundamento que la conducta es guiada por refuerzos primarios y secundarios.

Tolman: acuñó el término de variables internas, el nexo entre estímulo respuesta quedaba interrumpido por planos

cognoscitivos no observables en la conducta del individuo, introdujo el término de aprendizaje latente que se reflejaba en la acción.

Pavlov: formula el reflejo condicionado

4.3.2. El Cognitivismo tiene a: Piaget, Bruner, Ausubel, Vigotsky como sus máximos exponentes.

Para Piaget la capacidad cognitiva y la inteligencia se encuentran estrechamente ligadas al medio social y físico. Ausubel: De acuerdo al aprendizaje significativo, los nuevos conocimientos se incorporan en forma sustantiva en la estructura cognitiva del alumno. Esto se logra cuando el estudiante relaciona los nuevos conocimientos con los anteriormente adquiridos; pero también es necesario que el alumno se interese por aprender lo que se le está mostrando.

Vigotsky consideraba que el medio social es crucial para el aprendizaje, pensaba que lo produce la integración de los factores social y personal. El fenómeno de la actividad social ayuda a explicar los cambios en la conciencia y fundamenta una teoría psicológica que unifica el comportamiento y la mente. El entorno social influye en la cognición por medio de sus "instrumentos", es decir, sus

objetos culturales (autos, máquinas) y su lenguaje e instituciones sociales (iglesias, escuelas). El cambio cognoscitivo es el resultado de utilizar los instrumentos culturales en las interrelaciones sociales y de internalizarlas y transformarlas mentalmente. La postura de Vigotsky es un ejemplo del constructivismo dialéctico, porque recalca la interacción de los individuos y su entorno.

Las teorías de Bruner tienen como punto de referencia a Vygotsky y Piaget; el punto de unión más fuerte entre la teoría de Vygotski y la de Bruner, es que, para ambos, la interacción y el diálogo son puntos claves en su teoría.

TEORÍAS DEL APRENDIZAJE

	Modelo Conductista	Modelo Cognitivista
	Watson, Skinner, Thordnike, Pavlov, Tolman	Piaget, Bruner, Ausubel, Vigotsky
Objeto de Estudio	La conducta observable	Representaciones mentales (mapas cognitivos, estrategias)
Relación epistemológica	OBJETO → SUJETO	SUJETO → OBJETO
Características del Sujeto	<ul style="list-style-type: none"> • Cada individuo nace con la mente vacía en el cual se imprimen los datos de la realidad. • Es pasivo y reactivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Posee estructuras previas que le permiten conocer • Es activo y productor.
Conocimiento	Copia de la realidad	El sujeto construye su propio conocimiento.
Protagonismo	Hay un protagonismo del ambiente (Objeto)	El Sujeto es protagonista del proceso de conocimiento
	<ul style="list-style-type: none"> • Se apoya en el Empirismo. • Anticonstruivista • Asociacionista • Todas las conductas humanas se explican en términos de asociaciones de elementos simples. • Ambientalista: protagonismo en el objeto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se apoya en el Racionalismo. • Se tomó como modelo de análisis de la mente a la Cibernética o "metáfora del ordenador": La mente recibe, organiza y almacena información de una forma análoga a una computadora. • Es constructivista.

Teoría cognoscitivo-social de Albert Bandura
Componentes en prevención
(1) cognitivo
(2) conductual
(3) fortalecimiento de la autoeficacia, y (4) El apoyo social.

4.3.3. Teoría Social Cognitiva de Albert Bandura

El aprendizaje es descrito como un proceso social influenciado por la interacción con otras personas. En la

teoría social cognitiva el ambiente social y físico influye en la formación y reforzamiento de las creencias que son determinantes de la conducta. Los conductistas consideran que el ambiente moldea al niño, pero los teóricos del aprendizaje social afirman que el niño también actúa sobre el ambiente.

Los procesos cognitivos se ponen en funcionamiento a medida que las personas observan los modelos aprenden "segmentos" de comportamientos y luego los ponen juntos en nuevos y complejos patrones. Los factores cognitivos, afectan la manera como una persona incorpora las conductas observadas.

Esta teoría se basa en superar las barreras, en observar a nuestro alrededor, observar nuestra sociedad y cambiarla. Un cambio en alguno de estos tres componentes-conductual, físico o social, influencia en los otros dos. La auto-eficacia, un componente esencial de la teoría, es que la persona crea sentirse capaz de poner en práctica la nueva conducta cuando se presente la ocasión, así las personas pueden autorregular su conducta; entonces un fundamento básico de la teoría es la del autocontrol. El enfoque de la reciprocidad triádica de Bandura: en la cual la conducta, los factores personales, cognitivos y de otro tipo, y los acontecimientos ambientales actúan como

determinantes interactivos. De esta manera, en la perspectiva cognitiva social, no se considera al ser humano gobernado por fuerzas internas ni controlado por estímulos externos sino que se considera el funcionamiento humano en términos del modelo de reciprocidad triádica (46, 47, 48, 49).

Modelo de Reducción de Riesgo al SIDA: sugiere que para poder cambiar la conducta uno debiera reconocerla como tal, luego comprometerse a reducir este tipo de conducta, y finalmente tomar acción para llevar a cabo el cambio deseado. Los factores que influyen en el movimiento entre las etapas incluyen el temor la ansiedad y las normas sociales.

4.3.4. *El Constructo de la Autoeficacia*

La autoeficacia se define como *“los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”* (Bandura, 1986). Estas creencias de eficacia ocupan un rol mediacional en el funcionamiento humano actuando a modo de filtro entre las habilidades y logros anteriores del ser humano y su conducta subsiguiente (Zeldin, 2000). Para Bandura (1987) estas creencias de eficacia son mejores predictores

de la conducta futura que las habilidades, los logros anteriores, o el conocimiento que el sujeto posea de la actividad a realizar, ya que la autoeficacia va a determinar que hace el sujeto con el conocimiento o las habilidades que posee (Valiante, 2000). Sin embargo, un funcionamiento competente requiere tanto precisión en las auto percepciones de eficacia como la posesión de habilidades reales y el conocimiento de la actividad a realizar, así como de los juicios del sujeto acerca de los resultados más probables que una conducta determinada producirá (expectativas de resultados). Todos estos componentes mantienen entre sí relaciones complejas que deben ser consideradas toda vez que se pretenda estudiar la utilidad predictiva de las creencias de autoeficacia. La teoría social cognoscitiva establece que las personas que tienen un alto sentido de eficacia imaginan recompensas y éxitos, se forjan guías de acción y emplean mayores esfuerzos que otras para hacer frente a los retos. Esas personas generan expectativas de resultados favorables para sus acciones y cuanto más fuerte es su creencia de autoeficacia, más altas son esas expectativas. Al conjunto de estos atributos y a su funcionamiento activo y dinámico es a lo que esa teoría llama "agencia humana" (50), las

creencias de autoeficacia afectan el comportamiento humano de cuatro formas:

Primero, la autoeficacia influye en la elección de actividades y conductas. Las personas tienden a elegir y comprometerse en actividades en las cuales se consideran altamente eficaces y tienden a evitar aquellas en las cuales se consideran ineficaces.

Segundo, la autoeficacia determina cuanto esfuerzo invierten las personas en una actividad, como así también cuán perseverantes serán estas frente a los obstáculos que puedan presentársele.

La tercera forma mediante la cual la autoeficacia afecta al comportamiento humano es influyendo sobre los patrones de pensamiento y las reacciones emocionales. Las personas de baja autoeficacia, por ejemplo, pueden considerar a las actividades que deben realizar mucho más difíciles de lo que realmente son, lo cual les ocasionara un alto grado de estrés y ansiedad así como pensamientos negativos acerca de su posible desempeño. Un alto nivel de autoeficacia, por otra parte, brinda una mayor confianza y serenidad en el afrontamiento de tareas difíciles. La autoeficacia influye a su vez en las

atribuciones causales que el individuo realiza frente al éxito o al fracaso en las actividades.

La cuarta forma en la cual la autoeficacia afecta el comportamiento es permitiendo al sujeto ser un productor de su propio futuro y no un simple predictor. Aquellos sujetos que se perciben a sí mismos eficaces se imponen retos, intensifican sus esfuerzos cuando el rendimiento no es suficiente de acuerdo a las metas que se habían propuesto, experimentan bajos grados de estrés ante tareas difíciles y presentan una gran cantidad de intereses por actividades nuevas. La teoría de Alberto Bandura se puede poner en práctica a través del sociodrama, radionovelas, historias narradas. Las personas aprenden de las consecuencias positivas o negativas de las acciones de los modelos de comportamientos; la autoeficacia es entonces un pensamiento autoreferente que se convierte en un mediador entre el conocimiento de una habilidad y su ejecución, la persona entonces debe sentirse capaz de ejecutar una acción o de adoptar una conducta (51,52, 53, 54, 55).

4.3.5. ¿Las intervenciones modifican las conductas?

Los estudios considerados de mayor calidad (en evaluación e intervención), se consideran si son de cuatro o más sesiones, muestras grandes y largos períodos de seguimiento para conseguir cambios en la conducta. La intención de conducta y la autoeficacia se revelan buenas herramientas para la evaluación de resultados. Un tamaño muestral superior a 500 individuos, la disponibilidad de datos pre y post intervención, la existencia de grupo control, la equivalencia de grupos, la asignación aleatoria o control en el análisis, el tiempo entre la medida pre y la postintervención de tres meses o más, la utilización de un modelo teórico de conducta y el número de sesiones superior a cuatro; aseguran la máxima calidad del estudio, cuando éste se refiere a prácticas.

4.3.6. Calidad de la intervención para prevención del VIH/SIDA:

Los estudios de calidad alta son aquellos que en la intervención cuentan con el respaldo de una teoría de cambio conductual y un mínimo de cuatro sesiones, si

cumplen un criterio se asegura una mejor calidad y si no cumple ninguno, será de baja calidad. Las intervenciones deben dar mensajes claros y constantes de cambios de conducta y debe medirse las intenciones de conducta, (56, 57, 58); lo que se facilita a través de la escala de autoeficacia. Además las intervenciones son de mayor calidad si son dictadas por una persona con experiencia en el campo educativo de prevención, si se cuenta con material de apoyo, si la intervención es interactiva y si la permanencia en el aula es superior a 30 minutos. Un estudio realizado en Brasil detectó y analizó los obstáculos y dificultades para llevar a cabo consistentemente prácticas de sexo seguro entre jóvenes, como parte de la evaluación de un taller sobre sexualidad y SIDA en una escuela nocturna de Sao Paulo. A través de la construcción y actuación colectiva de "escenas sexuales", que eran historias reales sobre relaciones sexuales aportadas por los participantes, se hizo evidente que la desigualdad de género es un elemento clave en la imposibilidad de negociar prácticas de sexo seguro. Asimismo, en las condiciones materiales que estructuran las oportunidades de tener relaciones sexuales, como son los encuentros apresurados y clandestinos en lugares públicos y el costo de cada condón (aproximadamente un

dólar), el SIDA fue mencionado como uno más de los riesgos que los jóvenes corren cotidianamente. Por otro lado, la descripción que los jóvenes hicieron de los servicios de salud fue sumamente negativa, de modo que no acudían a ellos por temor al estigma, el maltrato y la burla. La evaluación de la “escena sexual” arroja datos positivos como un método que fomenta la conciencia entre algunos grupos sociales, y como medio para que enfrenten y cuestionen las barreras personales y estructurales con las que chocan cuando deciden tener prácticas de sexo seguro (59).

La importancia de otros costos sociales por encima del temor a la infección por VIH fue documentada también por un estudio cualitativo realizado con jóvenes de Sri Lanka, quienes mostraron mayor preocupación por la pérdida de la virginidad, de posibilidades de matrimonio, por el embarazo y la pérdida de la reputación frente a la familia, que frente al riesgo de infección por VIH, a pesar de tener suficientes conocimientos al respecto.

Los modelos de información, educación y comunicación difunden y hacen del conocimiento de la población la existencia y los mecanismos de transmisión del VIH, pero en general no han resultado en un cambio de

comportamientos de riesgo, pues no existe una relación unilateral entre conocimiento, creencias y conductas. En una revisión de las estrategias de prevención y control del SIDA en México, Sepúlveda et al afirman que "las campañas masivas no cambian de manera importante los comportamientos, pero son útiles para mantener un estado de alerta y para crear el clima que haga aceptable otro tipo de intervenciones más puntuales y específicas". Estos aspectos profundos implican la comprensión de los contextos de la sexualidad, a nivel emocional, social, cultural y económico.

Las encuestas CAP's (Conocimientos, actitudes y prácticas) por si solas permiten:

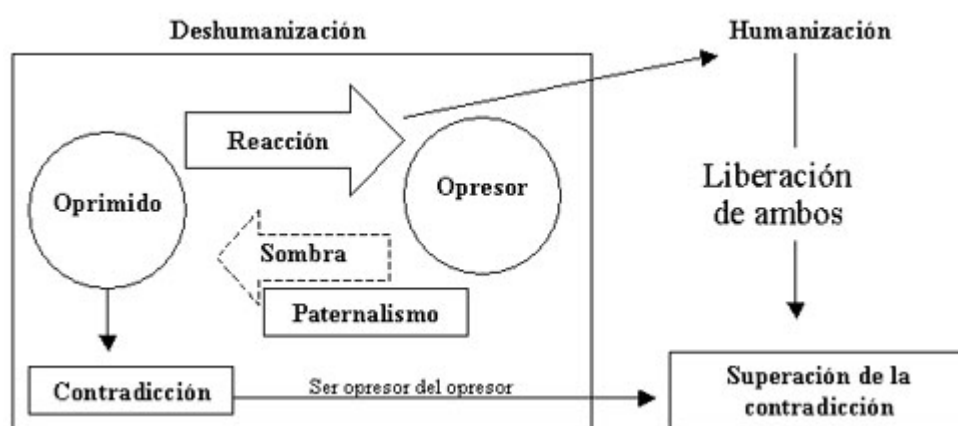
- Establecer un sistema de alerta temprana que advierte los peligros emergentes o cambios en los comportamientos de riesgo.
- Revelar las lagunas en la información y los conocimientos acerca de las ITS y VIH/SIDA que pueden ser cubiertas con intervenciones.
- Identificar segmentos de la población que por su conducta se encuentran especialmente expuestos a contraer las ITS y la infección por el VIH.

- Datos sobre públicos específicos para complementar la información de las encuestas de la población en general.
- Comparaciones y ofrecen un grado de homogenización que suele estar ausente cuando los datos los recopilan una variedad de organismos diferentes.

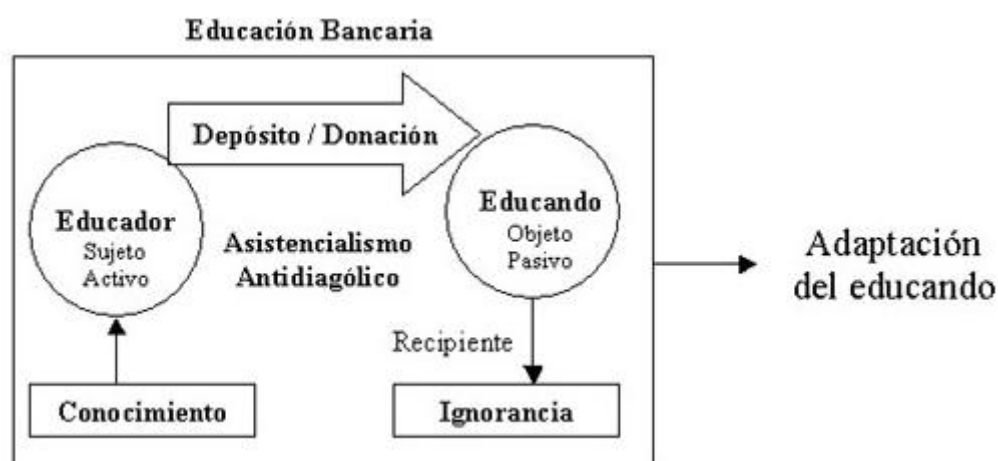
4.3.7 La Propuesta Pedagógica De Paulo Freire

La pedagogía liberadora sienta sus bases de una nueva pedagogía en completa oposición a la educación tradicional y bancaria. La enseñanza de la lectura y la escritura en los adultos busca la reflexión y el cambio de las relaciones del individuo con la naturaleza y con la sociedad. El objetivo esencial de la educación, que propone Freire, es liberar a la persona de las supersticiones y creencias que le ataban, y liberar de la ignorancia absoluta en que vivían; transformarla a su estado de dignidad y humanismo mas no uniformizarla ni reproducirla lo pasado, tampoco someterla, tal como ocurre en la educación tradicional que ha imperado varios siglos. Se fundamenta en la toma de conciencia. A esto Freire le llamó "*concientización*", en el sentido de la

transformación de las estructuras mentales; vale decir, que la conciencia cambiada no es una estructura mental rígida, inflexible y dogmática sino una conciencia o estructura mental dinámica, ágil y dialéctica que facilite una acción transformadora, un trabajo de transformación sobre la sociedad y sobre sí mismo. Freire propone que el diálogo como método permite la comunicación entre los educandos y entre éstos y el educador; se identifica como una relación horizontal de educando a educador, en oposición del antidiálogo como método de enseñanza tradicional que implica una relación vertical de profesor sobre el alumno.



En la educación bancaria la contradicción es mantenida y estimulada ya que no existe liberación superadora posible. El educando, sólo un objeto en el proceso, padece pasivamente la acción de su educador.



En la concepción bancaria, el sujeto de la educación es el educador el cual conduce al educando en la memorización mecánica de los contenidos. Los educandos son así una suerte de "recipientes" en los que se "deposita" el saber.

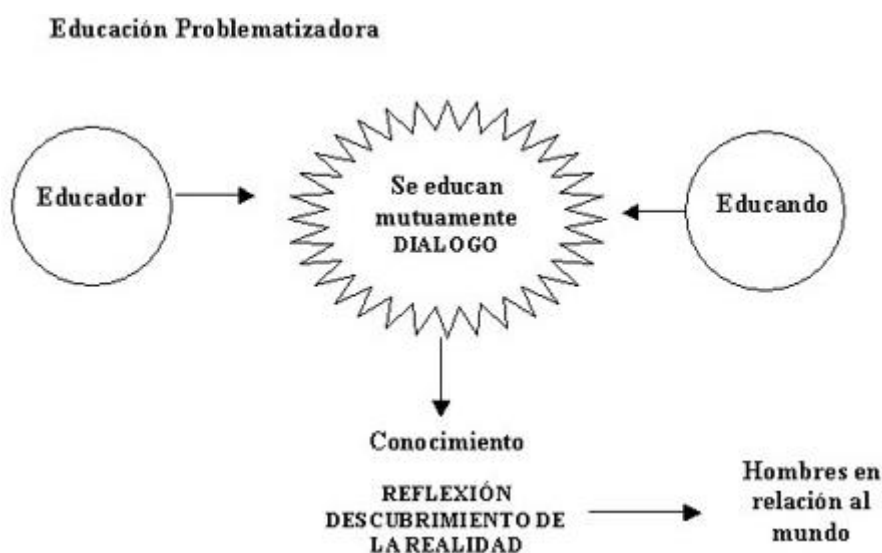
De este modo, la educación bancaria es un instrumento de la opresión porque pretende transformar la mentalidad de los educandos y no la situación en la que se encuentran. Freire señala sin embargo, que incluso una educación bancaria puede despertar la reacción de los oprimidos, porque, aunque oculta, el conocimiento acumulado en los "depósitos" pone en evidencia las contradicciones.

No obstante, un educador humanista revolucionario no debería confiarse de esta posibilidad sino identificarse con los educandos y orientarse a la liberación de ambos. Pero tanto el educador como los educandos, así como también los líderes y las masas, se encuentran involucrados en

una tarea en la que ambos deberían ser sujetos. Y no se trata tan solo de descubrir y comprender críticamente sino también de recrear el conocimiento. De esta manera, la presencia de los oprimidos en la búsqueda de su liberación deberá entenderse como compromiso.

• Educación Problematizadora: diálogo liberador

La propuesta de Freire es la "Educación Problematizadora " que niega el sistema unidireccional propuesto por la "Educación bancaria" ya que da existencia a una comunicación de ida y vuelta.



En esta concepción no se trata ya de entender el proceso educativo como un mero depósito de conocimientos sino que es un acto cognoscente y sirve a la liberación



quebrando la contradicción entre educador y educando. Mientras la "Educación Bancaria" desconoce la posibilidad de diálogo, la "Problematizadora" propone una situación gnoseológica claramente dialógica.

CAPÍTULO III

5. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

5.1. HIPÓTESIS

Los conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA, las actitudes inadecuadas y prácticas de riesgo pueden modificarse con una intervención educativa diseñada para el efecto.

5.2. OBJETIVOS

5.2.1. Objetivo General:

- Evaluar y modificar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes de primer año de la Facultad de Derecho de la Universidad de Cuenca sobre ITS y VIH/SIDA.

5.2.2. Objetivos específicos

- Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes de primer año de la Facultad de Jurisprudencia Universidad de Cuenca sobre ITS, y autoeficacia en prevención del SIDA a través de la aplicación de un cuestionario antes de la intervención educativa.
- Realizar una intervención educativa basada en la Teoría cognoscitivo social de Albert Bandura, para modificar los conocimientos, actitudes y prácticas que

tienen los estudiantes de primer año de la facultad de jurisprudencia de la Universidad de Cuenca sobre ITS y VIH/SIDA.

- Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas y autoeficacia en prevención del SIDA que tienen los estudiantes de primer año de la Facultad de la Universidad de Cuenca, sobre ITS, antes y después de la intervención educativa.
- Comparar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre ITS y autoeficacia en prevención del SIDA, que tienen los estudiantes de la Facultad de jurisprudencia de La Universidad de Cuenca antes y después de la intervención educativa.

CAPÍTULO IV

6. METODOLOGÍA

6.1. Tipo de estudio:

Se realizó un estudio Cuasiexperimental PRETEST Y POSTEST.

6.2. Universo:

El Universo estaba conformado por 353 estudiantes de primer año de la Escuela de Derecho de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca.

6.3. Muestra

Se trabajó con 52 estudiantes de primer año de la Escuela de Derecho de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca

Muestra: 52 alumnos

- Universo: 353 estudiantes de la escuela de derecho
- Prevalencia: 10%
- Intervalo de confianza 99%
- Fórmula: $S = Z \times Z P (1-P) / D^2$

- Z = Puntuación estándar (2.57).
- P = Proporción de las personas que desconocen las ITS's y VIH/SIDA
- D = Error (0.01)

Los resultados se obtuvieron con el programa Epi Info el cual realiza las operaciones matemáticas con la fórmula previamente analizada. En el siguiente cuadro estadístico se detalla los resultados que se proceso en dicho programa:

Population Size :	353
Expected Frecuency:	10.00%
Worst Acceptable:	0.05%
<u>Confidential Level</u>	<u>Simple Size</u>
80%	14
90%	23
95%	32
99%	52
99.9%	77
99.99%	99

6.4. Área de estudio:

El estudio fue realizado con la colaboración de los alumnos de primer año de la facultad de jurisprudencia en la escuela de Derecho que se encuentra ubicada en la ciudad de Cuenca, provincia del Azuay. La Universidad de Cuenca se crea mediante decreto el 15 de octubre de 1867 con las Faculta desde Jurisprudencia, Filosofía y Medicina. Originalmente se denominó Facultad de Jurisprudencia. Cuando amplió sus estudios a las ciencias sociales, pasó a denominarse Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales. Por último, amplió su perfil a las ciencias políticas y completó su nombre que se mantiene hasta la actualidad: Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Políticas y Sociales. La Universidad como organismo de Educación Superior, no solo tiene la responsabilidad de formar profesionales en las diferentes áreas del conocimiento, sino que este compromiso se extiende mucho más allá, a la formación de Postgrado, respondiendo dinámicamente a requerimientos de la sociedad y del propio profesional.

6.5. Procedimientos, Técnicas e Instrumentos.

6.5.1. *Procedimientos:*

- Se elaboró una solicitud de permiso a las autoridades
- Elaboramos dos formularios para recolectar la información sobre conocimientos actitudes y prácticas de los estudiantes de primer año de la Facultad de Filosofía, frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA.
- Aplicamos las encuestas a los estudiantes de la muestra escogida.
- Revisamos y analizamos los resultados.
- Realizamos el informe final.

6.5.2. *Técnicas:*

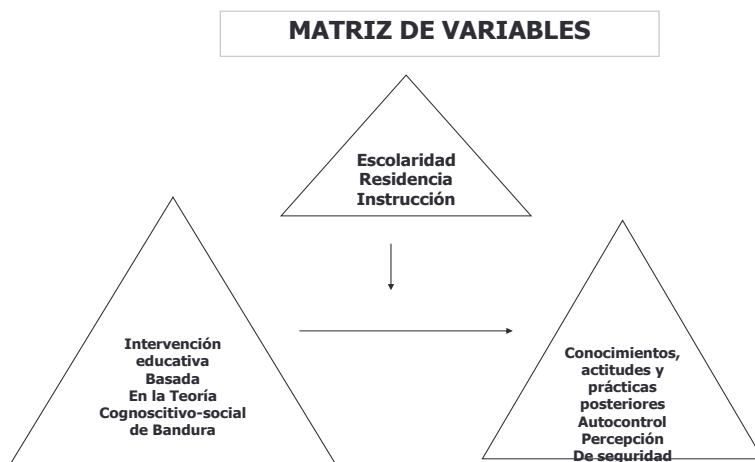
- Observación Directa.
- Encuesta.

6.5.3. *Instrumentos:*

Se utilizaron dos instrumentos de medición:

- El primer instrumento: fue una encuesta de valoración de CAP's que mide conocimientos, actitudes y prácticas sobre las infecciones de transmisión sexual
- El segundo instrumento: Correspondió a la escala de autoeficacia basada en la Teoría de Albert Bandura, mide el nivel de seguridad,

6.5.4. Variables de estudio



Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha	Tiempo	Años cumplidos	Años
Procedencia	Región geográfica (área de división política a la que pertenece una persona y su relación con centros poblados urbanos o rurales)	Región geográfica Centro poblado urbano o rural.	Provincia Urbano Rural	Nominal Sí No
Sexo	diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales, según las funciones que realizan en los procesos de reproducción. Y desenvolvimiento social.	Masculino Femenino	Masculino Femenino	Masculino Femenino
Conocimientos sobre las ITS	Conjunto de información adquirida en relación a ITS	Conjunto de información adquirida	Encuesta CAP	Sí No

Análisis Estadístico:

La información fue recolectada en el cuestionario (Anexos), con la misma se elaboró la base de datos en el programa SPSS 12.0 para Windows. Se realizó contraste de hipótesis Preintervención y Posintervención por medio de la prueba T para muestras independientes de conocimientos, actitudes y prácticas. La escala de autoeficacia fue analizada tomando en cuenta el nivel de seguridad de muy seguro o total seguro de la misma; aplicando la prueba chi cuadrado. Se aplicó además la prueba Chi cuadrado para el instrumento de conocimientos, actitudes y prácticas. Los resultados fueron expresados por medio de una Tabla Basal y una Tabla de resultados. Se realizaron los respectivos análisis con la ayuda de los programas EXCEL Y EPI INFO, que son de tipo matemático y estadístico respectivamente.

6.6. Recolección de Datos:

La recolección de datos lo realizó el equipo investigador, la misma que fue documentada en formularios validados en los que constan las variables que fueron estudiadas.

6.7. Normas Éticas:

Se guardo un cuidado en el procedimiento ético solicitando a los estudiantes que llenaran el documento de consentimiento informado. (Anexos)

Manejo bioética de los datos:

Se solicitó el consentimiento informado a todos los sujetos que fueron investigados y el permiso correspondiente del decano de la facultad, los datos que se entregaron fueron obtenidos con total veracidad y lograron ser verificados por la facultad de ciencias medicas o la escuela de comunicación a través de la comisión de bioética o la institución auspiciadora.

Los resultados finales fueron socializados para beneficio de la comunidad universitaria

7. RECURSOS HUMANOS Y TÉCNICOS

7.1. Recursos Materiales

- Establecimiento de estudio: Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca.
- Formularios para recolección de datos

-
- Esferográficos entregados a todos los estudiantes.
 - Las charlas se expusieron con la ayuda del computador y un proyector in focus para las presentaciones en Power Point. Ver información en CD adjunto.
 - Videos descargados de internet
 - Fotocopias de dos historias narradas
 - Manual de prevención de las ITS
 - Gigantografía
 - Diapositivas con relación a las ITS
 - 7.2. Recursos Bibliográficos:
 - Libros
 - Internet
 - Publicaciones

7.3. Recursos Humanos:

- Director de tesis
- Estudiantes
- Investigadores

CAPÍTULO V

8. RESULTADOS

El estudio se realizó en 67 estudiantes de la Escuela de Derecho de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca que constituyeron el grupo de intervención.

8.1. TABLA BASE

Interpretación: Se elaboró una tabla base tomando en cuenta las variables sociodemográficas incluidas en la tabla N° 1. La muestra está representada por 67 alumnos de primer año de la Facultad de Jurisprudencia de la Escuela de Derecho la que está compuesta por un 94% de personas entre 17 a 25 años; la mayor población femenina con el 62,7%, un 86,6% de solteros, predomina la religión católica con un 95,5% y un 95,5% de personas del área urbana (ver tabla 1).

TABLA 1. BASAL
Distribución de 67 estudiantes de primer año de la Escuela de Derecho de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca según las variables demográficas. Cuenca 2009

		Número	Porcentaje
Edad			
	17 a 25 años	63	94%
	mayores de 25 años	4	6%
Género			
	Femenino	42	62,7%
	Masculino	25	37,3%
Estado Civil			
	Soltero	58	86,6%
	Casado	7	10,4%
	Unión Libre	2	3%
Religión			
	Católica	64	95,5%
	Evangélica	2	3 %
	Otros	1	1,5%
Procedencia			
	Urbano	64	95,5%
	Rural	3	4,5%

- **Fuente:** Formulario de investigación.
- **Elaboración:** Autores

8.2 Porcentaje de conocimientos antes y después de la intervención.

Interpretación: Luego de la intervención educativa los conocimientos aumentaron: en la pregunta 7 de Condiloma de 1,5% a 50,7% con un valor p de 0,000; en herpes de 86,6% a 97,0% con un valor de p de 0,028; Sífilis aumenta significativamente de 80,6 a 95,5% con p de 0,008, SIDA

de 98,5 a 100% Tricomoniasis de 4,5% a 46,3% con un valor de p de 0,000. En Clamidiasis de 9,0% en la preintervención a 34,3% en la posintervención.

En la pregunta 8, con respecto a formas de transmisión no hubo un aumento significativo en ninguna pregunta. En la pregunta 9 referente a las manifestaciones de la ITS encontramos un aumento significativo en conocimiento de dolor en vientre bajo como manifestación de ITS con valores de 17,9% a 56,7 % con un valor de p de 0,000; en verrugas de 62,7 % a 86,6 % con un valor de p de 0,001. Y en inflamación de ganglios de 41,8 % a 59,7 % con un valor de p de 0,038. En la pregunta 10 de infecciones curables encontramos significancia en sífilis de 64,2 % a 91,0 % con un valor de p de 0,000. En blenorragia de 59,7 % a 88,1 % con una significancia estadística ($p= 0,0001$). En tricomoniasis de 22,4 % a 58,2 % con un valor de p de 0,000, en lo que respecta a SIDA no hubo aumento significativo debido a que tanto en la preintervención y Postintervención los estudiantes conocían esta enfermedad (Ver tabla 2).

Tabla 2.
CONOCIMIENTOS

Modificación de conocimientos sobre ITS y VIH SIDA en un grupo de 67 estudiantes de primer año de la Escuela de Derecho de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca a quienes se les realizó una intervención educativa. Cuenca 2009

Conocimientos		PREINTERVENCIÓN		POSTINTERVENCIÓN		Significancia Valor P
		Nº	%	Nº	%	
PREGUNTA 07	Condiloma	1	1,5%	34	50,7%	,000
	Herpes	58	86,6%	65	97,0%	,028
	Sífilis	54	80,6%	64	95,5%	,008
	Sida	66	98,5,0%	67	100,0%	,315
	Gonorrrea	61	91,0%	66	98,5%	,052
	Tricomoniasis	3	4,5%	31	46,3%	,000
	Clamidiasis	6	9,0%	23	34,3%	,000
	Otras	2	3,0%	5	7,5%	,244
PREGUNTA 08	Sin penetración	58	86,6%	64	95,5%	,069
	Con penetración	63	94,0%	64	95,5%	0,698
	Transfusión de sangre	58	86,6%	59	88,1%	,795
	Madre infectada	60	89,6%	57	85,1%	,436
	Beso o sudor	3	4,5%	5	7,5%	,466
	Otras	5	7,5%	5	7,5%	,100
PREGUNTA 09	Ventre bajo	12	17,9%	38	56,7%	,000
	Secreción	53	79,1%	59	88,1%	,162
	Verrugas	42	62,7%	58	86,6%	,001
	Manchas	46	68,7%	50	74,6%	,443
	Inflamación	28	41,8%	40	59,7%	,038
	Otras	14	20,9%	14	20,9%	1,0
PREGUNTA 10	Sífilis	43	64,2%	61	91,0%	,000
	Condiloma	19	28,4%	36	53,7%	,003
	Blenorragia	40	59,7%	59	88,1%	,000
	Clamidiasis	15	22,4%	45	67,2%	,000
	Sida	4	6,0%	1	1,5%	,172
	Tricomoniasis	15	22,4%	39	58,2%	,000

- **Fuente:** Formulario de investigación.
- **Elaboración:** Autores.

8.3 Conocimientos antes y después de la intervención

Prueba T de Student para muestras relacionadas

Interpretación: El promedio de conocimientos se incrementó significativamente en las siguientes preguntas: en la número 7 de Infecciones de 6,53 a 8,21 con un valor de p de 0,000; en la 9 de manifestaciones de 4,92 a 6,46 con un valor de p de 0,000 y en la número 10 de ITS curables de 5,25 a 7,30 y con un valor de p de 0,000. Lo que quiere decir que hubo un aumento significativo posterior a la intervención educativa. (Ver tabla 3).

Tabla 3.
CONOCIMIENTOS
Modificación de conocimientos sobre ITS y VIH SIDA en un grupo de 67
estudiantes de primer año de la Escuela de Derecho de la Facultad
Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca a quienes se les realizó una
intervención educativa. Cuenca 2009

Conocimientos	PREINTERVENCIÓN		POSTINTERVENCIÓN		VALOR P
	\bar{X}	$\pm DS$	\bar{X}	$\pm DS$	
Calificación 7	6,5303	1,43816	8,2121	1,63157	,000
Calificación 8	10,2121	1,98855	10,2424	2,17015	,934
Calificación 9	4,9219	2,18439	6,4688	2,10795	,000
Calificación 10	5,2500	2,80668	7,3077	1,95577	,000

- **Fuente:** Formulario de investigación.
- **Elaboración:** Autores

8.4 Porcentaje de actitudes antes y después de la intervención.

Interpretación: Encontramos un aumento significativo en las actitudes frente a ITS y VIH SIDA, en las preguntas: de recomendación para acudir a un amigo (de 19,4 % a 40,3 % con un valor de p de 0,008. No hubo significancia en la actitud frente a un amigo con ITS en ningún ítem. En la pregunta de un consejo para evitar una ITS hubo no hubo significancia en ningún ítem. No obstante el 91% de alumnos está de acuerdo en tener conocimientos de ITS y VIH Sida como consejo para evitar el contagio de las mismas. En las sugerencias de relaciones frente a desconocidos hubo significancia en lavarse los genitales de 44,8 % a 68,7 % con un valor de p de 0,005. Un dato importante que se encontró significancia fue en usar condón con 85,1 a 97,0% y p de 0,016. (Ver tabla 4).

Tabla 4.
ACTITUDES

Modificación de las actitudes sobre ITS y VIH SIDA en un grupo de 67 estudiantes de primer año de la Escuela de Derecho de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca a quienes se les realizó una intervención educativa. Cuenca 2009

ACTITUDES		PREINTERVENCIÓN		POSTINTERVENCIÓN		VALOR P
		N°	%	N°	%	
PREGUNTA 11						
	Hospital	56	83,6%	59	88,1%	,458
	Médico	45	67,2%	49	73,1%	,450
	Farmacia	4	6,0%	6	9,0%	,511
	Amigo	13	19,4%	27	40,3%	,008
	Padres	53	79,1%	53	79,1%	1
	Otras	8	11,9%	6	9,0%	,572
PREGUNTA 12						
	Alejarse	1	1,5%	3	4,5%	,310
	Ayudaría	50	74,6%	51	76,1%	,841
	Aprendió	4	6,0%	1	1,5%	,172
	Edad	4	6,0%	1	1,5%	,172
	Médico	58	86,6%	62	92,5%	,259
PREGUNTA 13						
	Conocimientos	64	95,5%	61	91,0%	0,300
	No relaciones	13	19,4%	15	22,4%	,671
	Fidelidad	55	82,1%	52	77,6%	,518
	Escoger	45	67,2%	54	80,6%	,077
	Condón	55	82,1%	59	88,1%	,332
	Sin penetración	5	7,5%	5	7,5%	1
PREGUNTA 14						
	Condón	57	85,1%	65	97,0%	,016
	Lavarse	30	44,8%	46	68,7%	,005
	Medico	52	77,6%	53	79,1%	,834
	No relaciones	45	67,2%	51	76,1%	,250

- **Fuente:** Formulario de investigación.
- **Elaboración:** Autores

8.5 Actitudes antes y después de la intervención

Prueba T de Student para muestras relacionadas

Interpretación: En las calificaciones en las actitudes de ITS y VIH SIDA hubo aumento significativo en el promedio en la pregunta 14 que evalúa recomendación de uso de profiláctico, relaciones sexuales con desconocidos acudir al médico e higiene de genitales, en la con valores modificaron de de 7,01 a 8,13 con valor p de 0,009 con la intervención educativa (Ver tabla 5).

**Tabla 5.
ACTITUDES**

Modificación de las actitudes sobre ITS y VIH SIDA en un grupo de 67 estudiantes de primer año de la Escuela de Derecho de la facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca a quienes se les realizó una intervención educativa. Cuenca 2009

ACTITUDES	PREINTERVENCION		POSTINTERVENCION		VALOR P
	\bar{X}	$\pm DS$	\bar{X}	$\pm DS$	
Pregunta 11	6,7612	2,23667	6,7463	2,51265	,968
Pregunta 12	7,9697	2,54177	8,4848	2,76373	,258
Pregunta 13	6,5075	2,14174	6,6567	1,89539	,661
Pregunta 14	7,0149	2,58488	8,1343	2,23536	,009

- **Fuente:** Formulario de investigación.
- **Elaboración:** Autores

8.6 Porcentaje de conocimientos antes y después de la intervención.

Interpretación: En las modificaciones de las prácticas sobre ITS y VIH SIDA encontramos una disminución significativa en la pregunta de hábito sexual en lo referente a sexo oral de 38,8% a 19,4 % con un valor de p de 0,013%. Por otro lado respondieron mantener relaciones sexuales anales 10,4 % antes de la intervención y 9,0% luego de la intervención; en la intervención se hizo hincapié en esta práctica como práctica de riesgo; la intervención no modificó esta práctica. El uso consistente del preservativo en relaciones fortuitas es del 41.5% antes de la intervención educativa luego de la intervención educativa y de 52.3% luego de la misma; el uso inconsistente del profiláctico en el grupo estudiado es elevado.

Tabla 6.
PRACTICAS

Modificación de las prácticas sobre ITS y VIH SIDA en un grupo de 67 estudiantes de primer año de la Escuela de Derecho de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca a quienes se les realizó una intervención educativa. Cuenca 2009

PRÁCTICA		PREINTERVENCION		POSTINTERVENCION		VALOR P
		Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	
PREGUNTA 17 (Cuántas Personas)	1	18	26,9%	26	38,8%	,232
	2	8	11,9%	5	7,5%	
	3	2	3,0%	0	,0%	
	4	4	6,0%	1	1,5%	
	5	3	4,5%	1	1,5%	
	8	2	3,0%	1	1,5%	
	10	0	,0%	2	3,0%	
PREGUNTA 18 (relaciones sexuales)	Mismo sexo	0	0%	0	0%	0
	Sexo contrario	40	59,7%	43	64,2%	0,594
	Ambos sexos	0	0%	0	0%	0
PREGUNTA 19 (habito sexual)	Sexo oral	26	38,8%	13	19,4%	,013
	Sexo anal	7	10,4%	6	9,0%	,770
	Coito genital	36	53,7%	42	62,7%	,293
PREGUNTA 20	Padecido ITS	1	1,5%	4	6,0%	,172
PREGUNTA 21	Conversa pareja	30	44,8%	43	64,2%	,024
PREGUNTA 22	Relaciones ebrio	16	23,9%	22	32,8%	,250
PREGUNTA 23 (Uso Condón)	Siempre	19	46,3%	16	34,8%	,547
	Ocasionalmente	16	39,0%	22	47,8%	
	Nunca	6	14,6%	8	17,4%	
PREGUNTA 25	Relaciones desconocidos	23	34,3%	16	23,9%	,183
PREGUNTA 26 (Condón en fortuitas)	Siempre	17	41,5%	23	52,3%	,423
	Ocasional	11	26,8%	7	15,9%	
	Nunca	13	31,7%	14	31,8%	

- **Fuente:** Formulario de investigación.
- **Elaboración:** Autores

8.7 Escala de autoeficacia para prevenir el VIH SIDA

8.7.1 Subescala A

Interpretación: Entre el 50% y 70% de los estudiantes tienen autoeficacia, lo que indica autocontrol a la hora de decidir no a tener relaciones sexuales, sin embargo la intervención educativa no logró incrementar el nivel de autoeficacia en el grupo excepto en la pregunta que se relaciona en decir no a la propuesta de relaciones sexuales con una persona que necesita que se enamore, valor de $p < 0.05$. Existe en el grupo un elevado porcentaje de estudiantes que no se negarían a la propuesta de relaciones sexuales en situaciones de riesgo como bajo efecto de drogas y alcohol, bajo presión o con personas cuyas historias sexual y de consumo de drogas son desconocidas. (Ver tabla 7).

Tabla 7.
AUTOEFICACIA SUBESCALA A

Tabla de autoeficacia en un grupo de 67 estudiantes de primer año de la Escuela de Derecho de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca medida por el nivel de mayor seguridad, Subescala A antes y después de la intervención educativa.

Cuenca 2009.

PREGUNTA	PREINTERVENCIÓN		POSTINTERVENCIÓN		VALOR P
	Nº	%	Nº	%	
A1	40	60,6%	45	67,2%	0,431
A2	47	70,1%	49	73,1%	0,701
A3	45	67,2%	54	80,6%	0,77
A4	33	49,3%	35	52,2%	0,73
A5	41	61,2%	40	59,7%	0,860
A6	36	53,7%	36	53,7%	1
A7	36	54,5%	49	73,1%	0,026
A8	47	70,1%	49	73,1%	0,701
A9	43	64,2%	45	67,2%	0,716
A10	44	66,7%	53	79,1%	0,106
A11	39	60,0%	36	53,7%	0,467

• **Fuente:** Formulario de investigación.

• **Elaboración:** Autores

8.7.2 Subescala B

Interpretación: Un 25% de los estudiantes no tienen autoeficacia en preguntar sobre el uso de drogas, discutir sobre la infección, relaciones sexuales pasadas o experiencia homosexual al novio/novia. La intervención educativa no modificó el nivel de autoeficacia en el resto del grupo estudiado. (Ver tabla 8).

Tabla 8.
AUTOEFICACIA SUESCALA B

Tabla de autoeficacia en un grupo de 67 estudiantes de primer año de de la Escuela de Derecho de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca medida por el nivel de mayor seguridad, subescala B antes y después de la intervención educativa.

Cuenca 2009.

PREGUNTA	POSTINTERVENCIÓN		POSTINTERVENCIÓN		VALOR P
	Nº	%	Nº	%	
B1	52	77,6%	55	82,1%	0,518
B2	57	85,1%	56	83,6%	0,812
B3	46	68,7%	51	76,1%	0,334
B4	49	73,1%	50	74,6%	0,844

- **Fuente:** Formulario de investigación.
- **Elaboración:** Autores



8.7.3 Subescala C

Interpretación: Como observamos en la tabla # 9 el dato de mayor importancia fue la significancia en la pregunta C2 que respecta a usar correctamente el condón con valores de 68,7 a 88,1% con p de 0,006. En la C4 del uso del condón después de usar droga con 43,3% a 65,7% y valor p de 0,009, C6 en negarte a tener relaciones sin usar condón con 55,2% a 73,1% y valor p de 0,031 y por último en C7 contar siempre con dinero para comprar condones con valores de 71,6 a 86,6% y valor p de 0,034 (Ver tabla 9). La intención de uso de condón la tienen sobre el 60% de estudiantes, es preocupante que sobre el 30% de estudiantes no tengan intención del uso del profiláctico.

Tabla 9.
AUTOEFICACIA SUBESCALA C

Tabla de autoeficacia en un grupo de 67 estudiantes de primer año de la Escuela de Derecho de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca medida por el nivel de mayor seguridad, subescala C antes y después de la intervención educativa.

Cuenca 2009.

PREGUNTA	PREINTERVENCIÓN		POSTINTERVENCIÓN		VALOR P
	Nº	%	Nº	%	
C1	42	62,7%	52	77,6%	0,059
C2	46	68,7%	59	88,1%	0,006
C3	37	55,2%	45	67,2%	0,156
C4	29	43,3%	44	65,7%	0,009
C5	45	67,2%	52	77,6%	0,176
C6	37	55,2%	49	73,1%	0,031
C7	48	71,6%	58	86,6%	0,034
C8	44	65,7%	53	79,1%	0,082
C9	40	59,7%	42	62,7%	0,723
C10	40	59,7%	40	59,7%	1
C11	41	61,2%	46	68,7%	0,365

- **Fuente:** Formulario de investigación.
- **Elaboración:** Autores

8.8 Muestra de T relacionadas para autoeficacia sobre VIH/SIDA

- **Interpretación:** En lo que respecta a la seguridad no hubo un aumento significativo. Se obtuvo el valor más alto en Seguridad A, que hacer referencia a la capacidad que tiene para decir no cuando le proponen

tener relaciones sexuales, con valores de 7,65 a 7,47 con un valor de p de 0,77. (Ver tabla 10).

Tabla 10.
AUTOEFICACIA
Seguridad para prevenir ITS y VIH SIDA en un grupo de 67 estudiantes de primer año de la Escuela de Derecho de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca a quienes se les realizó una intervención educativa. Cuenca 2009.

SEGURIDAD	PREINTERVENCIÓN		POSTINTERVENCIÓN		VALOR P
	\bar{X}	$\pm DS$	\bar{X}	$\pm DS$	
Seguridad A	7,6545	3,30106	7,4727	3,53215	,776
Seguridad B	3,2414	1,01412	3,3966	0,91651	,375
Seguridad C	7,9500	3,24390	8,6667	3,11185	,206

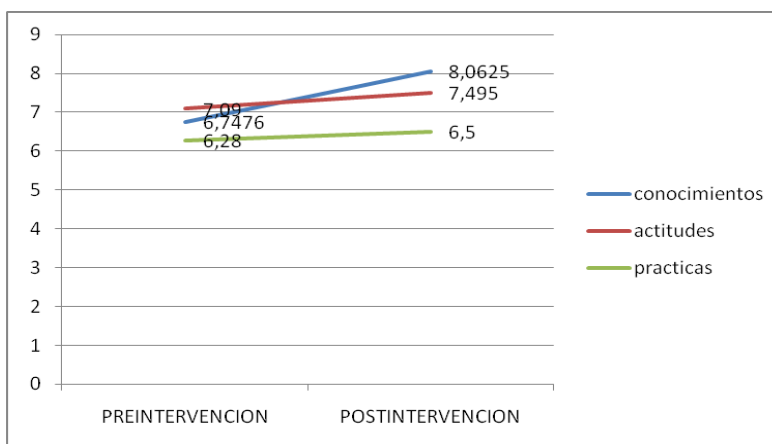
- **Fuente:** Formulario de investigación.
- **Elaboración:** Autores

GRÁFICO N° 1

Interpretación: Los resultados finales obtenidos fueron un aumento muy notorio en los conocimientos, con valores de 6,74 a 8,06. Pero se mantienen los resultados después de la intervención educativa con valores en las actitudes de 7,09 a 7,49 y del mismo modo en las prácticas de 6,28 a 6,5. (Ver Gráfico 1).

Gráfico 1.

Efecto de la intervención educativa en un grupo de 67 estudiantes de primer año de la Escuela de Derecho de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca a quienes se les realizó una intervención educativa. Cuenca 2009.



- **Fuente:** Formulario de investigación.
- **Elaboración:** Autores

CAPÍTULO VI

9. DISCUSIÓN

La literatura actual, desde Michael Houellebecq, a Philip Roth, nos habla de la miseria sexual de occidente. Podemos tener encuentros sexuales pero no intersubjetivos. Es decir, el estallido de la sexualidad perversa polimorfa no ha venido acompañado de un aumento del interés sexual, sino del narcisismo y del autoerotismo. El incremento incesante de la pornografía hace pensar en el esfuerzo que los hombres y las mujeres de hoy deben realizar para estimular su deseo erótico, que no surge espontáneamente desde dentro, sino atraído por un estímulo externo. Para Galende son los componentes polimorfos de la vida pulsional los que están presentes en el comportamiento cotidiano de la sexualidad de hombres y mujeres de la época actual y estos no se preguntan sobre la verdad de su deseo sexual, no se preguntan si está bien o mal sino ponen en acto ese deseo; la sexualidad hoy en día es puramente pulsional. Hombres y mujeres tienen conductas de las más variadas en su intimidad: intercambio de parejas, tríos, voyeurismo, y todo un elenco de fantasías perversas, en el sentido psicoanalítico del término (y por lo tanto sujeto a revisión), se actúan sin asomo de culpa (60). En sociedades

latinoamericanas ha surgido la “prostitución prepago y las pico y placa, formas de prostitución de élite en este mercado se cotizan damas de compañía que reciben altos pagos de acuerdo a la edad y al nivel de educación y es así como se han encontrado redes universitarias de prostitución como lo afirma Misael Tirado, docente investigador y sociólogo de la Universidad Nacional de Colombia. La sexualidad actual es perversa polimorfa y, como tal, a menudo prescinde del reconocimiento intersubjetivo, que puede hacerse, no obstante en otro nivel de relación. Dice Galende: "El sentido de la gente común ha comenzado a aceptar que la identidad sexual es diversa y que su definición constituye una de las formas posibles de construcción de la identidad y de las elecciones personales en los estilos de vida"(60).

La muestra de este estudio tiene una composición por edad y sexo similar a la de poblaciones universitarias estudiadas en otros países, especialmente en Estados Unidos, Europa, Chile y Colombia.

En el presente estudio la edad de inicio de relaciones sexuales en los estudiantes fue de $15,17 \pm 1.6$ años. En un estudio realizado en Ecuador por Miranda J. en cuatro universidades del país donde intervinieron 500 estudiantes

encontró que la edad promedio de la primera relación sexual es 18 años en las mujeres y 16 años en los varones (61). En un estudio realizado por Velázquez en Lima Perú en 454 estudiantes encontró que el 22 % refieren haber tenido relaciones sexuales entre los 14 y 17 años y el 8% sufrió algún tipo de abuso sexual (62).

Los hallazgos en este estudio revelan que los estudiantes reconocen antes de la intervención al SIDA, gonorrea y sífilis en el 98,5%, 91,0% y 80,6% respectivamente. Después de la intervención el conocimiento sube a 100%, 98,5% y 95,5% en el mismo orden ($P < 0,05$). En Cundinamarca, Colombia, Gonzales F. revela que las enfermedades más conocidas son el SIDA (51.8%), sífilis (12.1%) y gonorrea (9.6%) (63). En un estudio realizado en Nicaragua en trabajadoras sexuales revela que un 97.6% de las mujeres han oído hablar del SIDA (64). En el estudio realizado por Velázquez encontró que los estudiantes reconocen el SIDA, gonorrea y sífilis como enfermedades de transmisión sexual con 38,5 %, 45,2 % y 45,8 % respectivamente antes de la intervención y luego de la intervención esos conocimientos aumentan al 53,9 %, 71,5 % y 69,7 % (65). Según el II Informe Nacional de los objetivos de desarrollo del milenio en Ecuador; revela que

han oído acerca del SIDA: en la Sierra el 88,1%, en la Costa el 96,5 % y en la Amazonía el 75,9 % (66).

En nuestra investigación el conocimiento sobre Condiloma antes de la intervención fue del 1,5% y de la tricomoniasis fue 4,5 % y luego de la intervención subió a 50,7 % y 46,3 % respectivamente ($P < 0,05$). En el estudio de Freire E, realizado en un grupo de conscriptos de un fuerte acantonado en Cuenca encontró que el 3.7% conocían sobre Condiloma y un 5,2% sobre la tricomoniasis, luego de la intervención subió a 81,1 % y 67,8 % respectivamente. (67).

En cuanto a conocimiento de Herpes en este estudio fue de 86,6 %; luego de la intervención subió a 97,0%. En un estudio realizado en Colombia por González F. et al., revela que el 12.2% conocen el Herpes (68).

En relación a las formas de transmisión en este estudio se encontró que 4,5 % de los estudiantes pensaba que el SIDA puede transmitirse por besos y sudor tenían; luego se elevó a 7,5 %. En un estudio realizado por Barros T. et al. En adolescentes de Santo Domingo de los Colorados en Ecuador reflejó que el 70 % tenían esta idea errónea; el

concepto erróneo descendió a cerca del 25 % después de la intervención (69).

En este estudio se observó que el 86,6 % de los estudiantes reconocía como vía de transmisión las transfusiones sanguíneas, y posteriormente ascendió a 88,1%. En el estudio realizado por Macchi MI et al. En Paraguay en estudiantes de educación media en el año 2006 se encontró que reconocían en un 94% esta vía de transmisión (70).

Con respecto al conocimiento de las manifestaciones de las ITS, en lo que respecta a la secreción por los genitales los hallazgos encontrados en nuestro estudio antes de la intervención fue de 79,1% y después subió a 88,1 % ($P = 0,162$). Velázquez A., encontró que el 18,8 % de los adolescentes reconocían la presencia de secreción por los genitales externos antes de la intervención y después subió a 36,5 % (71).

Sobre el conocimiento de la curación de las ITS, en el presente estudio encontramos que el 6 % de los estudiantes considera que el SIDA es curable en la preintervención y en la posintervención esta cifra baja al



1,5%. López Nahyr et al; detectó que cerca del 4% de los jóvenes considera que el SIDA tiene cura (71).

Sobre la actitud hacia padres, los hallazgos en nuestro estudio revelaron en la preintervención 79,1% y se mantuvo esta cifra luego de la intervención educativa. Freire E. percibe un ascenso de esta actitud positiva en un 15% en los conscriptos (67).

En nuestro estudio se encontró que el 86,6 % de los estudiantes indican acudir a un medico en caso de una ITS previa la intervención educativa y después ascendió al 92,5%. Ruiz A. et al, indica que sólo la mitad de los estudiantes que han sufrido una enfermedad de transmisión sexual, recibió tratamiento por parte de un médico (72).

Con respecto a la actitud de ayudar a un amigo(a) a curarse López Nahyr et al, encontró que el 99 % de los jóvenes estuvieron de acuerdo con que deberían apoyarlo (71), en este estudio 74,6 % del grupo intervenido respondió que sí antes de la intervención y 76,1 % luego de la intervención.

En la variable propia de la edad, en el presente estudio el porcentaje encontrado antes de la intervención educativa fue del 6% y luego descendió al 1,5%. Freire E encontró un descenso considerable de esta actitud en el grupo intervenido, que correspondió al 50.5% (67). Entre las medidas preventivas, en nuestro estudio se encontró a la fidelidad como medio de prevención en un 77,6%; la abstinencia en 22,4 % y el uso del condón en un 88,1 %. Miranda J encontró conocimiento de tres medidas de prevención: abstinencia (29 %), fidelidad (62.5 %) y condón (73.1 %) (73).

En cuanto a las prácticas de los universitarios los hallazgos encontrados en nuestro estudio revela un incremento significativo en la intención de hablar con su pareja de las ITS del 44,8 % al 64,2 %. López Nahyr et al., encontró que el 91% de los jóvenes consideran favorable hablar con la pareja sobre estas infecciones y el 4% consideran que esto no debe hacerse (71). En cuanto a prácticas de riesgo, los estudiantes indican el uso del preservativo en las relaciones sexuales fortuitas en un 41,5% en la preintervención y aumenta en la posintervención a 52,3%. En cuanto a tener relaciones en estado de embriaguez hubo un aumento del 23,9 a 32,8% después de la

intervención. López Nahyr et al, también determinó que los jóvenes están de acuerdo en que el condón disminuye el placer, de tener relaciones sexuales con amistades casuales (13 % mujeres y 45% hombres) y 4% ha tenido relaciones sexuales bajo efecto de drogas y 41% de individuos las ha tenido bajo efecto del alcohol (71).

En nuestro estudio el 6% de los estudiantes tuvieron alguna enfermedad de transmisión sexual en la vida. En el estudio de Ruiz A. et al, el 1% de los estudiantes habían tenido alguna infección de este tipo (72), mientras que Gonzáles F. et al, revela que un porcentaje menor al 10% de personas encuestadas han padecido alguna ETS (63).

Aplicando la escala de autoeficacia en el presente estudio los cambios no fueron significativos debido a que la seguridad por parte de los estudiantes fue la misma antes y después de la intervención. Freire E, en los conscriptos, demostró que el grupo intervenido mejoró la percepción para las subescalas A, B y C de la prevención del SIDA con mayor nivel de seguridad para la percepción del uso del preservativo, confianza con los padres y fidelidad (67).

CAPÍTULO VII

10. CONCLUSIONES

- La intervención educativa modificó los conocimientos de las ITS ciertas actitudes y práctica.
- La intervención educativa aumentó el nivel de autoeficacia en el autocontrol a la hora de decir no a tener relaciones con una persona que necesitas que se enamore, en usar correctamente el condón, usar correctamente el condón después de usar droga, negarte a tener relaciones sin el uso de condón y en contar siempre con dinero para comprar condones, lo que nos indica que los universitarios reconocen al preservativo como un buen método para evitar las ITS's y VIH.

11. RECOMENDACIONES

- Incluir un módulo de salud sexual y reproductiva en el currículo de la Universidad.
- Realizar estudios cualitativos sobre sexualidad



- Realizar estudios de prevalencia de las ITS y VIH/SIDA en los estudiantes universitarios

CAPÍTULO VIII

12. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Itzel Rosas Gutiérrez. Martín Serrano Sánchez. Conocimiento acerca de las Enfermedades de Transmisión Sexual entre estudiantes y trabajadores de las Universidad de las Américas Puebla, México. Disponible en: www.infarmate.org/pdfs/julio_agosto07/ets.pdf
2. Ministerio de Salud Pública, Programa Nacional de Control y Prevención del VIH/SIDA e ITS's. Situación de la epidemia de VIH/SIDA en el Ecuador. Period 2002-2008. Disponible en: http://www.aebe.com.ec/data/files/noticias/Noticias2008/informe_dia_mundial_sida.pdf
3. Kirogu, K. Youth and HIV/AIDS: Can we avoid catastrophe? Population report, Series L, N°12, Baltimore, The Johns Hopkins University Bloomberg school of public health, population information program, Fall 2001. Disponible en: Info.K4health.org/pr/prs/sl12edsum.shtml
4. Bimbela J.L, Jimenez JM. Uso del profiláctico entre la juventud en sus relaciones de coito vaginal. Gac Sanit

(serial on the internet). 2002 aug. Disponible en:<http://scielosp.org/scielo.php>

5. Cortes Alfaro, Alba, Sordo Rivera, María E., Cumba Abreu, Caridad et al. Comportamiento sexual y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de secundaria básica de Ciudad de la Habana, 1995-1996. Rev Cubana Hig Epidemiol. [online]. Jan.-Apr. 2000, vol.38, no.1 [cited 27 September 2007], p.53-59. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156130032000000100008&lng=en&nrm=iso. ISSN 1561-3003.
6. Torres, Pilar, Walker, Dilys M., Gutierrez, Juan Pablo et al. Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/sida entre adolescentes escolarizados mexicanos. Salud pública Méx. [Online]. 2006, vol. 48, no. 4 [citado 2007-10-04], pp. 308-316. Disponible en:
<http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-
7. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.2001. Disponible en:
www.who.int/reproductivehealth/publications/es/mngt_stis/guidelines_es.pdf

-
8. Visconti, Ana. Infecciones De Transmision Sexual. Arch. Gin. Obstet. [Online]. 2005, vol.43, no.3 [citado 28 Septiembre 2007], p.107-107. Disponible en la World Wide Web: www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S079708032005000300001&lng=es&nrm=iso>. ISSN.
 9. Guía de atención de las enfermedades de transmisión sexual.2000 Disponible en: www.medicosgeneralescolombianos.com/ETS.htm.
 10. Nelson Alvis, Salim Mattar, Jair García, Edwin Conde y Alberto Diaz Infecciones de Transmisión Sexual en un Grupo de Alto Riesgo de la Ciudad de Montería, Colombia. REVISTA DE SALUD PÚBLICA · Volumen 9 (1), Marzo 2007. Disponible en: www.scielo.org.co/pdf/rsap/v9n1/v9n1a10.pdf.
 11. Infecciones de transmisión sexual ITS-VIH SIDA. Características generales. Disponible en: www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=200406281.
 12. ITS's síntomas y consecuencias. Disponible en: www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161707.
 13. Pautas para la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual. Disponible en: [www.ops.org.bo –isi12604.pdf](http://www.ops.org.bo-isi12604.pdf).

-
14. Integración de servicios para las infecciones de transmisión sexual (ITS) en los programas de planificación familiar (PF). Disponible en: <http://www.maqweb.org/spanish/present/its.pdf>
 15. Blanca Bernal Alcántara, Griselda Hernández Tepichín, CONASIDA. Las enfermedades de transmisión sexual (ETS): otro reto para la prevención y control de la epidemia del VIH/SIDA. Revista SIDA-ETS. Agosto-octubre, 1997 Vol.3, No.3 PP. 63-67. Disponible en la World Wide Web: <http://www.salud.gob.mx/conasida/revista/1997>
 16. OMS/FNUAP. Las prioridades de salud sexual y reproductiva reciben un espaldarazo al más alto nivel. Comunicado de prensa. 2006. Disponible en la World Wide Web: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr34/es/index.html>
 17. Integración de servicios para las infecciones de transmisión sexual (ITS) en los programas de planificación familiar (PF). Disponible en la World Wide Web: <http://www.maqweb.org/spanish/present/its.pdf>
 18. **Moncrieff. Henry** Sexualidad y sociedad moderna: El saber de que aún no somos del todo "libres". A Parte Rei. Revista de Filosofía 50 Marzo 2007. Venezuela.

Disponible en: <http://www.serbal.pntic.mec.es-cmunoz11/moncrieff50.pdf>

19. FHI. Preservación de la fertilidad. Network 2004, Volumen 23, Número 2

Disponible en la World Wide Web:
http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v23_2/index.htm

20. OPS/OMS. Comunicado de prensa. Los condones protegen contra el cáncer del cuello uterino. Disponible en la World Wide Web:
<http://salud.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=10131&SE=SN>

21. BERDASQUERA CORCHO, Denis, LAZO ALVAREZ, Miguel Ángel, GALINDO SANTANA, Belkys María et al. Sífilis: pasado y presente. Rev Cubana Hig Epidemiol. [online]. Mayo-ago. 2004, vol.42, no.2 [citado 01 Octubre 2007], p.0-0. Disponible en la World Wide Web:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156130032004000200008&lng=es&nrm=iso.ISSN 1561-3003.

22. BERDASQUERA CORCHO, Denis, FARINAS REINOSO, Ana Teresa y RAMOS VALLE, Isora. Las enfermedades de transmisión sexual en embarazadas.

Rev Cubana Med Gen Integr. [Online]. Nov.-dic. 2001, vol.17, no.6 [citado 01 Octubre 2007], p.532-539. Disponible en la World Wide Web: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252001000600004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-2125.

23. Allen Betania, Cruz-Valdez Aurelio, Rivera-Rivera Leonor, Castro Roberto, Arana-García María Ernestina, Hernández-Avila Mauricio. Afecto, besos y condones: el ABC de las prácticas sexuales de las trabajadoras sexuales de la Ciudad de México. Salud pública Méx [periódico en la Internet]. [Citado 2007 Oct 25]. Disponible en la World Wide Web: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003001100004&lng=es&nrm=iso. doi: 10.1590/S0036-36342003001100004
24. Blanca Bernal Alcántara, Griselda Hernández Tepichín, CONASIDA. Las enfermedades de transmisión sexual (ETS): otro reto para la prevención y control de la epidemia del VIH/SIDA. Revista SIDA-ETS. Agosto-octubre, 1997 Vol.3, No.3 PP. 63-67. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/conasida/revista/1997>

-
25. OMS/FNUAP. Las prioridades de salud sexual y reproductiva reciben un espaldarazo al más alto nivel. Comunicado de prensa .2006. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr34/es/index.html>.
 26. FHI. Preservación de la fertilidad. Network 2004, Volumen 23, Número 2 Disponible en: http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v23_2/index.htm.
 27. Berdasquera Corcho, Denis, Lazo Alvarez, Miguel Ángel, Galindo Santana, Belkys María et al. Sífilis: pasado y presente. Rev Cubana Hig Epidemiol. [online]. Mayo-ago. 2004, vol.42, no.2 [citado 01 Octubre 2007], p.0-0. Disponible en la World Wide Web:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156130032004000200008&lng=es&nrm=iso.ISSN 1561-3003.
 28. Berdasquera Corcho, Denis, Farinas Reinoso, Ana Teresa Y Ramos Valle, Isora. Las enfermedades de transmisión sexual en embarazadas. Rev Cubana Med Gen Integr. [online]. nov.-dic. 2001, vol.17, no.6 [citado 01 Octubre 2007], p.532-539. Disponible en la World Wide:Web:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_artt

ext&pid=S086421252001000600004&lng=es&nrm=iso>
. ISSN 0864-2125.

29. Allen Betania, Cruz-Valdez Aurelio, Rivera-Rivera Leonor, Castro Roberto, Arana-García María Ernestina, Hernández-Avila Mauricio. Afecto, besos y condones: el ABC de las prácticas sexuales de las trabajadoras sexuales de la Ciudad de México. Salud pública Méx [periódico en la Internet]. [Citado 2007 Oct 25]. Disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003001100004&lng=es&nrm=iso. doi: 10.1590/S0036-36342003001100004.
30. Recurso de la Red PREVEN (Perú) 2008 portal.saludglobalperu.org. Las ETS, generalmente, se transmiten de una persona a otra durante la relación sexual. Disponible en:
http://www.redpreven.org/ets_si_tengo.php
31. Walter Gómez, Bernardo Damaso, Carlos Cortegana, Pedro Lahura, Juan Motta Comportamientos sociales y sexuales asociados a las infecciones de transmisión sexual en jóvenes del Alto Huallaga, Peru. An Fac med. 2008. Disponible en la World Wide Web:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v69n1/a04v69n1.pdf>

-
32. Maria Eugenia Escobar. ITS en la adolescencia. Disponible en la World Wide Web: [http://www.gineadol.com.ar/Documentos/ITS%20en%20la%20Adolescencia%20Dra%20%20Escobar%20\(2\).pps](http://www.gineadol.com.ar/Documentos/ITS%20en%20la%20Adolescencia%20Dra%20%20Escobar%20(2).pps)
33. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. 2001. Disponible en la World Wide Web: http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/mngt_stis/guidelines_es.pdf
34. VISCONTI, ANA. INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL. Arch. Gin. Obstet. [online]. 2005, vol.43, no.3 [citado 28 Septiembre 2007], p.107-107. Disponible en la World Wide Web: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S079708032005000300001&lng=es&nrm=iso. ISSN
35. Negroni-Belén Mirka, Vargas-Guadarrama Galileo, Rueda-Neria Celina Magally, Bassett-Hileman Sarah, Weir Sharon, Bronfman Mario. Identificación de sitios de encuentro de parejas sexuales en dos ciudades de la frontera sur de México, mediante el método PLACE. Salud pública Méx [periódico en la Internet]. [Citado 2007 Oct. 25]. Disponible en:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003001100010&lng=es&nrm=iso. doi: 10.1590/S0036-36342003001100010.

36. Francisco Diez Canseco Montero, Aydeé Carrasco Contreras, Rosa María Cueto Saldívar. Línea de base para el proyecto de salud sexual y reproductiva con adolescentes afectados por la violencia. Ayacucho, Perú Septiembre, 2000. Disponible en: <http://www.saludsinlimitesperu.org.pe/pdf/InformeLineaBaseProyectos>.
37. ONUSIDA Punto de vista: El SIDA y el personal militar. Colección prácticas óptimas del ONUSIDA. Mayo de 1998. Disponible en: http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub05/militarypv_es.pdf
38. Boys in the picture. 2000. Disponible en: <http://www.promundo.org.br/BoysinthePicture.pdf>
39. Autores: equipo editorial de fisterra, Médicos especialistas en medicina de familia y Medicina Preventiva Y Salud pública. Información para pacientes sobre el Herpes Genital. Disponible en: www.Fisterra.com/salud/1infoconse/herpesgenital/asp
40. División de prevención de enfermedades de transmisión sexual. (DSDP): centro nacional para la



prevención de VIH/SIDA. Disponible en:
www.cdc.gov/std/spanish/STDFact-trichomoniasis-s.htm

41. División de prevención de enfermedades de transmisión sexual(DSDP): Centros para control y prevención de enfermedades. Diseases treatment guidelines2006.MMWR 2006; SS(R-Y). Disponible en:
www.cdc.gov/std/spanish/STDFact-clamydia-s.htm
42. División para la prevención de ETS (DSTDP). Centros para el control y la Prevención de Enfermedades. Disponible en: www.cdc.gov/STD/spanish/STDFact-gonorrhea-s.htm
43. División para la prevención de ETS (DSTDP). Centros para el control y la Prevención de Enfermedades. Disponible en: www.cdc.gov/STD/spanish/STDFact-HPV-s.htm
44. División para la prevención de ETS (DSTDP). Centros para el control y la Prevención de Enfermedades. Disponible en: www.cdc.gov/STD
45. Departamento de Salud del Estado de Virginia. Estados Unidos. Disponible en:
<http://www.vdh.state.va.us/spanish/lgvf.htm>

-
46. SIDA y militares, derechos y justicia. World security Trenes. Febrero 2007. Disponible en: <http://worldtrends.blogspot.com/2007/02/sida-y-militares-derechos-y-justicia.html>.
47. Contreras Zaravia, Norma Roxana, Delgado Camacho, Arturo Uldarico, Iizarbe Castro, Víctor Oswaldo, Vábar Peña, Juan Carlos Sida: conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo de estudiantes preuniversitarios en la ciudad del Cusco. Abril - Agosto 97, Año V N° 10. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/situa/1997_n10/sida.htm
48. Judith Bäßler, Ralf Schwarzer & Matthias Jerusalem, 1993 Spanish Adaptation of the General Self-Efficacy Scale Auto-Eficacia Generalizada. Disponible en: <http://userpage.fu-berlin.de/~health/spanscal.htm>.
49. Patricia Noboa Ortega, Irma Serrano-garcía. Autoeficacia en la negociación sexual: retos para la prevención de VIH/sida en mujeres puertorriqueñas. Revista Latinoamericana de Psicología 2006, volumen 38, No 1, 21-43. Disponible en: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/rlp/v38n1/v38n1a02.pdf>.
50. Fernández Costa Susana, Juárez Martínez Olga, Díez David Elia. Prevención del sida en la escuela

secundaria: recopilación y valoración de programas. Rev. Esp. Salud Pública. [Periódico en la Internet]. 1999 Nov [citado 2007 Nov 06]; 73(6). Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271999000600004&lng=es&nrm=iso.

51. José L. Rodríguez, Begona Gros, Cristina Martínez, María José Rubio. Un software multimedia para la prevención del SIDA en adolescentes. 1999. Disponible en: <http://greav.net/portal/files/1999/SIDA.pdf>

52. Estrategia de comunicación "mejor hablemos" para la promoción de la convivencia pacífica instituto Cisolva. Disponible en: http://www.prevencionviolencia.org.co/intervencion/experiencias/valle_del_cauca/cali/archivos/mejor_hablemos.pdf

53. Soto Chávez Carlos A. González Neri Ysauro Ávila Muñoz Patricia La importancia de explorar variables psicológicas de estudiantes en la educación a distancia. Disponible en: http://investigacion.ilce.edu.mx/panel_control/doc/la_importancia_de%20explorar_variables_psicologicas.pdf

54. Olaz, F. La Teoría Social Cognitiva de la Autoeficacia. 2001 . Disponible en: <http://www.des.emory.edu>

-
55. Albert Bandura guía para la construcción de escalas de autoeficacia (Traducido por Olaz,F. Silva,M. Pérez,E.) 2001. Disponible en: <http://www.des.emory.edu/mfp/effguideSpanish.html>
56. Fernández Costa Susana, Juárez Martínez Olga, Díez David Elia. Prevención del sida en la escuela secundaria: recopilación y valoración de programas. Rev. Esp. Salud Publica. [periódico en la Internet]. 1999 Nov [citado 2007 Oct. 14]; 73(6). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557271999000600004&lng=es&nrm=iso.
57. Prevención del SIDA en adolescentes escolarizados: una revisión sistemática de la efectividad de las intervenciones O. Juárez / E. Díez Gaceta Sanitaria Lunes 1 Marzo 1999 Volumen 13 - Número 2 p. 150 - 162 Disponible en: db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.indice_seccion?pidet_seccion=10011109&ano=1999 - 26k –
58. Resumen de la consulta Talloires en revisión de la evidencia para ayudar a políticas y programas en el logro de las metas internacionales en el tema de jóvenes y VIH Preparándose... Listas... ¡YA! 2005. Disponible en:

<http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-preparandose.pdf>

59. Lic. Tania Izquierdo Pamias. A escala mundial, la epidemia de VIH se ha estabilizado, pero los niveles de nuevas infecciones y de fallecimientos por sida son inaceptablemente altos. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas (CNICM) – MINSAP. Ciudad de La Habana, 10400. Disponible en: <http://www.sld.cu/servicios/sars/temas.php>
60. López Mondéjar Lola. Amores en fuga. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Revista en la Internet]. 2003 Sep. [Citado 2009 Dic. 20] ; (87): 103-123. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352003000300007&lng=es.
61. El VIH/sida en las universidades del Ecuador Revista capital, Universidad Central del Ecuador, Universidad Técnica de Ambato, Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí y Universidad Técnica de Esmeraldas Luís Vargas Torres. Autoría: Janett Miranda, Consultora para Universidades, Proyecto VIH-SIDA, PNUD-CIMUF *Obtenido en:* <http://www.revistacapital.com.ec/?p=148>
- 62.- Efecto de un CD multimedia en los Conocimientos, actitudes y prácticas sobre INFECCIONES DE

TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y VIH/SIDA en adolescentes de colegios de Lima Metropolitana. Autoría: Velásquez Anibal. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal Sistema de Información Científica Redalyc Obtenido en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=37966307#>

63.- *CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN JÓVENES ENTRE 14 Y 25 AÑOS DE EDAD DE ESTRATOS 1 Y 2 DEL SISBEN DE UN MUNICIPIO DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA. Autoria: GONZÁLEZ GONZÁLEZ FERNANDO G. UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA 200. Obtenido en: http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/n12/art_5_acta_12.pdf*

64.- Conocimientos actitud y practica en trabajadoras comerciales del sexo.

Autoría: Gregorio Matus Lacayo. MD, MPH; Arnoldo Toruño Toruño. MD, MPH; Tania Almendárez Cisneros. Psicóloga, MPH. Octubre, 2004. Obtenido en:

<http://www.mcp.org.ni/proyecto/vih/media/Informe.final.SIDA.9.TCS.pdf>

- 65.- Efecto de un CD multimedia en los Conocimientos, actitudes y prácticas sobre INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y VIH/SIDA en adolescentes de colegios de Lima Metropolitana. Autoría: Velásquez Anibal. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal Sistema de Información Científica Redalyc Obtenido en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=37966307#>
- 66.- II Informe Nacional de los objetivos de desarrollo del milenio Ecuador 2007. Proyecto estrategia Nacional de Desarrollo Humano y de los objetivos de desarrollo del milenio del PNUD. Disponible en: <http://issuu.com/ecuador.nutrinet.org/docs/objetivosmilenioecuador/204>
- 67.-EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS CONSCRIPTOS DE LOS CUARTELES DÁVALOS Y PORTETE, FRENTE A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y VIH/SIDA. Autoría: Dra. Freire S Eulalia.

-
68. El VIH/sida en las universidades del Ecuador Revista capital, Universidad Central del Ecuador, Universidad Técnica de Ambato, Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí y Universidad Técnica de Esmeraldas Luís Vargas Torres. Autoría: Janett Miranda, Consultora para Universidades, Proyecto VIH-SIDA, PNUD-CIMUF *Obtenido en:*
<http://www.revistacapital.com.ec/?p=148>
- 69.-BARROS, Teodoro; BARRETO, Dimitri; PÉREZ, Freddy; SANTANDER, Rocío; YÉPEZ, Eduardo; ABAD-FRANCH, Fernando; AGUILAR V., Marcelo. Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/sida en adolescentes. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 10(2), 2001. *Obtenido en:*
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v10n2/5861.pdf>
- 70.- MACCHI ML, BENÍTEZ LEITE S, A CORVALÁN, NUÑEZ C, ORTIGOZA D. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de Educación, del área metropolitana, Paraguay. *Rev. chil. pediatr.* 2008 Abr; 79(2): 206-217. *Disponble en:*
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S

0370-41062008000200012&lng=es.

doi:

10.4067/S0370-41062008000200012.

71.- Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes de Bucaramanga. Autoría: Nahyr López, Ing. Sist., MBE., Lina María Vera, M.D., Luis Carlos Orozco, M.D., Mag. Epi. *Obtenido en:*

<http://colombiamedica.univalle.edu.co/VOL32NO1/vih.html>

72.- Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en una población universitaria. Autoría: *Angela María Ruiz Sternberg, MD, Catalina Latorre Santos, MD, MSc, Johnny BeltránRodríguez, MD, Jaime Ruiz Sternberg, MD, Alberto*



CAPÍTULO IX

13. ANEXOS

ANEXO N° 1

Formulario No 1

UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

“EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES DE PRIMER AÑO DE LA ESCUELA DE DERECHO DE LA FACULTAD DE JURISPRUDENCIA DE LA ESCUELA DE DERECHO, FRENTE A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA”

Cuenca, 2008

Estoy entrevistando en la ciudad de Cuenca para averiguar sobre las infecciones de transmisión sexual. Le pido que conteste a las preguntas con toda sinceridad.

Confidencialidad: Las preguntas son completamente confidenciales, su honestidad en contestar estas preguntas nos ayudará a comprender sobre lo que las personas



conocen, piensan y los diferentes tipos de comportamientos.

SECCIÓN I

01 NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO

Fecha día mes año

FUENTE-ESCUELA:

Ciclo Común Filosofía ☐

Ciencias de la

Educación ☐

Lengua, literatura y Lenguajes Audio Visuales ☐

Cultura Física ☐

Historia y Geografía ☐

Lengua y Literatura

Inglesa ☐

Lic. Ciencias Humanas Mención Gestión.

Desarrollo Cultural ☐

Lic. Educación General Básica ☐

Matemáticas y Física ☐

Psicología Educativa ☐

Derecho ☐



	Preintervención <input type="checkbox"/>	Posintervención <input type="checkbox"/>
RESULTADO		
Número	Preguntas	Categorías de codificación
SECCIÓN II		
P01	¿En que día, mes y en que año nació?	Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
P02	¿Cuántos años tiene?	
P03	Genero	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
P04	Estado Civil	Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/>



		<input type="checkbox"/>
P05	Religión	<p>Católica <input type="checkbox"/></p> <p>Evangélica <input type="checkbox"/></p> <p>T. de Jehova <input type="checkbox"/></p> <p>Otro <input type="checkbox"/></p>
P06	Residencia	<p>Urbano <input type="checkbox"/></p> <p>Rural <input type="checkbox"/></p>
SECCIÓN III		
P07	¿Qué infecciones de transmisión sexual conoce?	<p>Condiloma 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Herpes 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Sífilis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>SIDA 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Gonorrea 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Tricomoniasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p>



		<p>Clamidiasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Otras 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Señale cuales----- ----- -----</p>
P08	¿Usted sabe como se transmite n estas infecciones?	<p>Contacto sexual 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>sin penetración 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Contacto sexual con penetración 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Por una transfusión de sangre 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>De una madre infectada a su hijo por el embarazo, parto o lactancia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>A través del beso o el sudor 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Otras 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p>



P09	¿Usted sabe como se manifiestan las infecciones de transmisión sexual?	<p>Dolor el vientre bajo 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Secreción por los genitales externos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Verrugas en genitales externos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Manchas en la piel 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Inflamación de Los ganglios 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Otras 1. Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p>
P10	Son curables estas infecciones?	<p>Sífilis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Condiloma 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Blenorragia o Gonorrea 1 Si <input type="checkbox"/></p>



		<input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Clamidiasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> SIDA 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Trichomoniasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P11	Si conociera a un amigo o (a) con una ITS. ¿A donde le recomendaría acudir para recibir atención?	A un hospital cercano 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> A su médico de familia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> A una farmacia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> A otro amigo o (a) para que le sugiera tratamiento 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Conversar con sus padres 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Otras 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>



		Cuales_____
P12	Si un amigo o (a) tuviera una ITS; ¿Cuál sería su actitud?	<p>Me alejaría de el o ella 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Le ayudaría a curarse 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Le diría que aprendió a hacer el amor 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Que es propio de la edad 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Le sugeriría visitar a su médico de familia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p>
P13	¿Qué le aconsejaría a sus amigo para no infectarse con una ITS?	<p>Tener conocimientos sobre las infecciones 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>No tener relaciones sexuales 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Fidelidad a su pareja 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Escoger bien la pareja 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p>



		<p>Usar condón en todas las relaciones sexuales 1 Si</p> <p><input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Tener relaciones sin penetración 1 Si</p> <p><input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p>
P14	<p>¿Qué sugerencia le daría a un amigo o (a) que le comunica tiene relaciones sexuales con desconocidos o poco conocidos?</p>	<p>Protegerse con el uso del condón 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Lavarse los genitales después de concluida la relación sexual 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Visitar al médico buscando orientación 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>No tener relaciones sexuales con desconocidos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p>



P15	¿Ha tenido relaciones sexuales?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P16	¿A que edad inició su vida sexual?	<input type="text"/> <input type="text"/> Años
P17	¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses?	<input type="text"/> <input type="text"/> Personas



P18	Ha tenido durante su vida relaciones sexuales con :	Personas del mismo sexo 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Personas del sexo contrario 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Personas de ambos sexos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P19	¿Qué tipo de hábito sexual utiliza durante sus relaciones sexuales?	Sexo oral 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Sexo anal 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Coito genital 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P20	¿Ha padecido de alguna ITS?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Mencione cual o cuales _____ _____



P21	¿Conversa con su pareja sobre estas infecciones?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P22	¿Ha tenido relaciones sexuales en estado de embriaguez o bajo los efectos de sustancias afrodisíacas?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>



	as?	
P23	¿Utiliza condón en tus relaciones habituales con tu pareja?	1. Siempre <input type="checkbox"/> 2. Ocasionalmente <input type="checkbox"/> 3. Nunca <input type="checkbox"/>
P24	Si no lo ha utilizado. ¿Por qué?	Disminuye la sensibilidad 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> No se utilizarlo 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Me da pena negociarlo con mi pareja 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Siento vergüenza al adquirirlo en la farmacia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Considero que mi pareja es estable 1 Si <input type="checkbox"/>



		2 No <input type="checkbox"/>
P25	¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales con personas desconocidas o poco conocidas?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P26	¿Ha utilizado el condón en relaciones fortuitas?	1. Siempre <input type="checkbox"/> 2. Ocasionalmente <input type="checkbox"/> 3. Nunca <input type="checkbox"/>

SECCIÓN V I: ESCALA DE AUTOEFICACIA PARA PREVENIR EL SIDA, DE 27

ELEMENTOS, SEA-27

A continuación se presentan una serie de preguntas en las cuales vas a encerrar en un círculo según el grado de seguridad que creas tener

	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Totalmente seguro
A) ¿Qué tan seguro está de ser capaz de decir No, cuando te propone tener relaciones sexuales?					
1. Alguien conocido hace 30 días o menos	1	1	1	1	1
2. Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti	2	2	2	2	2
3. Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti	3	3	3	3	3
4. Alguien a quien has tratado con	4	4	4	4	4



anterioridad?					
5. Alguien a quien deseas tratar de nuevo?	5	5	5	5	5
6. Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales	6	6	6	6	6
7. Alguien a quien necesitas que se enamore de ti	7	7	7	7	7
8. Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales	8	8	8	8	8
9. Alguien con quien has estado bebiendo alcohol	9	9	9	9	9
10. Alguien con quien has estado utilizando drogas	10	10	10	10	10
11. Alguien y tu nivel de excitación sexual es muy alto	11	11	11	11	11



	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Totalmente seguro
B) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de					
1. Preguntar a tu novio/a si se ha inyectado alguna droga?	1	1	1	1	1
2. Discutir sobre la prevención del SIDA con tu novio/a	2	2	2	2	2
3. Preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado?	3	3	3	3	3
4. Preguntar a tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual?	4	4	4	4	4



	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Totalmente seguro
C) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de....					
1. Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?	1	1	1	1	1
2. Usar correctamente el condón	2	2	2	2	2
3. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol?	3	3	3	3	3
4. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizado alguna droga?	4	4	4	4	4
5. Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo?	5	5	5	5	5
6. Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja	6	6	6	6	6



no acepta usar el condón?					
7. Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?	7	7	7	7	7
8. Acudir a la tienda a comprar condones?	8	8	8	8	8
9. Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?	9	9	9	9	9
10. Platicar con tu papá sobre temas sexuales	10	10	10	10	10
11. Platicar con tu mamá sobre temas sexuales	11	11	11	11	11

Clave de calificación:

- **CONOCIMIENTOS**

- Pregunta 07 (puntuación final para la pregunta entre 11 y 10)

Conocimiento de las ITS

Si reconoce:

Sífilis: 2 puntos

Gonorrea: 2 puntos

SIDA: 2 puntos

Condiloma: 1 punto

Trichomona: 1 punto

Clamidia: 1 punto

Herpes: 1

Otras relacionadas: 1 punto

- Pregunta 08. Puntuación final 12 y -2

Conocimiento de las vías de transmisión de las ITS's

Si reconoce:

Contacto con penetración: 3 puntos

Materna: 3 puntos

Transfusión: 3 puntos

Otra con relación: 1 punto



Si reconoce:

Beso, sudor: -2 puntos

Contacto sexual sin penetración: 2 puntos.

– Pregunta 09. Puntuación final 10 y -2

Conocimiento de los síntomas y signos de las ITS

Si reconoce:

Secreción: 2 puntos

Dolor: 2 puntos

Verrugas: 2 puntos

Inflamación: 1 punto

Manchas: 1 punto

Otras relacionadas: 2 puntos

Otras no relacionadas: -2 puntos

– Pregunta 10. Puntuación final entre 10 y -3

Conocimiento sobre curación de las ITS

Si reconoce:

Sífilis: 3 puntos

Trichomona: 2 puntos

Blenorragia: 3 puntos

Clamidia: 2 puntos

SIDA: -2 puntos

Condiloma: -1 punto

• **ACTITUDES**

– Pregunta 11. Puntuación final entre 10 y menos 3

Recomendación a donde debe acudir un amigo(a) que padece una ITS

Si reconoce:

Médico Familia: 3 puntos

Hospital: 3 puntos



Conversar padres: 3 puntos

Otros relacionados: 1 punto

Si reconoce:

Farmacia: -1 punto

Otro amigo: -1 punto

Otros no relacionados: -1 punto.

– Pregunta 12. Puntuación final por pregunta de 10 y menos 6

Actitud ante un amigo con una ITS

Si reconoce:

Acudir a médico de familia: 6 puntos

Ayudar a curarse: 4 puntos

Aleja: -2 puntos

Aprender a hacer el amor: -2 puntos

Propio de la edad: -2 puntos.

– Pregunta 13. Puntuación final entre 10 y menos 1 punto

Recomendación a un amigos para no infectarse con una
ITS

Si reconoce:

Uso del condón: 3 puntos

Fidelidad a la pareja: 3 puntos

Contacto sin penetración: 2 puntos



Conocimiento: 1 punto

Escoger bien: 1 punto

No relación: –1 punto.

– Pregunta 14. Puntuación final entre 10 y cero

Recomendaciones a un amigo(a) que mantiene relaciones con desconocidos

Si reconoce:

Protegerse condón: 3 puntos

No relación con desconocidos: 3 puntos

Lavarse genitales: 2 puntos

Visitar al médico: 2 puntos.

• **PRÁCTICAS**

– Pregunta 15

No se evalúa.

– Pregunta 16

No se evalúa.

– Pregunta 17. Puntuación final entre 10 y 4

Relaciones sexuales en los últimos 12 meses: número de parejas

1 persona: 4 puntos

2 personas: 6 puntos

Más de 2 personas: 10 puntos

- Pregunta 18. Puntuación final entre 10 puntos y 4
Relaciones heterosexuales, bisexuales, homosexuales
Personas del sexo contrario: 4 puntos
Personas de ambos sexos: 6 puntos
Personas del mismo sexo: 10 puntos.
- Pregunta 19. Puntuación final entre 10 y uno
Tipo de práctica sexual
Anal: 5 puntos
Genital: 4 puntos
Sexo oral: 1 puntos.
- Pregunta 20. Puntuación final entre 10 y cero puntos
Padecimiento de ITS
No: 0 puntos
Si: 10 puntos.
- Pregunta 21. Puntuación final entre 10 y cero
Conversar con la pareja sobre ITS
Si: 0 puntos
No: 10 puntos.
- Pregunta 22. Puntuación final entre 10 y cero



Relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol u otras sustancias

No: 0 puntos

Si: 10 puntos.

– Pregunta 23: puntuación final entre 8 y 4 puntos

Uso del preservativo

Si siempre: 4 puntos

Si ocasionalmente: 6 puntos

Si nunca: 8 puntos

– Pregunta 25.

Relaciones sexuales con desconocidos

No: 0 puntos puntuación final entre 10 puntos y cero puntos

Si: 10 puntos

– Pregunta 26. Puntuación final entre 10 y 4 puntos

Uso del preservativo en relaciones sexuales con desconocidos

Siempre: 4 puntos

Ocasionalmente: 6 puntos

Nunca: 10 puntos



DE LA INTERVENCIÓN

Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Objetivos.

- Aportar **conocimientos básicos** en materia de Infecciones de Transmisión Sexual (**ITS**)
- Aprender a **reconocer los primeros síntomas** de estas infecciones.
- Concienciar de la necesidad de **buscar siempre ayuda médica** cuando aparezcan los primeros síntomas.
- Fomentar el uso correcto del preservativo.
- Impartir valores

1. Conferencia en Power Point sobre las ITS: duración 2 horas

1.1 Sexualidad Sana. Valores humanos.

1.2 Anatomía

1.3 Infecciones de Transmisión sexual

1.4 Uso correcto del preservativo

2. Actividades.

2.1. Actividad 1: *Errores que se cometen.*

- *Objetivo*

Detectar las conductas inadecuadas que se dan durante las relaciones sexuales en una historia supuesta.

- *Método*

Análisis de una historia en grupo de 10 personas, durante seis minutos, se describen las conductas inadecuadas que realizan los protagonistas de la historia para, posteriormente, hacer una puesta en común.

- *Procedimiento*

Un portavoz de cada grupo narra la historia:

Juan, Pedro y María, acuden a la cruz roja, a donar sangre. Al cabo de unos días, María recibe una llamada, para comunicarle que tiene en la sangre una infección de transmisión sexual y le recomiendan que acuda a su centro de salud para estudio. Una vez en la consulta, el médico le pregunta si ha notado alguna molestia en sus genitales, y si ha tenido alguna relación sexual en la que no ha usado el preservativo. Es entonces, cuando María recuerda que hace unos meses mantuvo una relación sexual con un antiguo novio sin preservativo, que

coincidió con ella en una fiesta de la universidad, y un mes más tarde notó que tenía una pequeña herida en los labios mayores, a la que no le dio importancia porque no le dolía y desapareció sola. Posteriormente, ha iniciado una relación estable y como protección usa píldoras anticonceptivas.

El médico, le confirma que tiene una infección de transmisión sexual y le pone el tratamiento. Le recomienda que les diga a su novio y a su amigo, que acudan a su médico, para examinarlos a ellos también. María, no le comenta nada ni a su novio, ni a su amigo, y ella tampoco acude al control de curación.

- **Las conductas inadecuadas serían:** tener relaciones sexuales con penetración sin preservativo, no dar importancia a una herida en genitales, iniciar una relación después de una práctica de riesgo y no utilizar preservativo, utilizar las píldoras anticonceptivas como un método de protección, no comunicar a su novio y a su amigo que acudan a su médico y no ir ella al control de curación.

- **Materiales:**

- ✓ Fotocopias de la historia
- ✓ 1 hora

2.2. Actividad 2: Mi responsabilidad, tu responsabilidad, nuestra responsabilidad.

– Objetivo

Atribuir responsabilidades a cada uno de los protagonistas de la historia.

– Método

Análisis de la historia.

– Procedimiento:

Un portavoz del grupo narra la historia para posteriormente, en una escala del 1 al 3, valorar el grado de responsabilidad que ha tenido cada uno de sus protagonistas.

Carolina y Javi estaban enamorados. Nunca habían tenido relaciones sexuales completas entre ellos ni con ninguna otra persona. Se divertían mucho juntos y se lo estaban tomando con calma. En verano, Carolina decidió irse a trabajar a otra ciudad. Planearon escribirse, hablar por teléfono y continuar con su relación. Carolina conoció a Dani, un chico atractivo y con mucha experiencia que consideraba que el sexo, en una

relación, es prioritario. Carolina no lo tenía muy claro pero al final tuvieron relaciones con penetración. A pesar de su insistencia en que utilizaran preservativos, la mayoría de las veces Dani no los tenía a mano. . Su historia duró todo el verano. Pero cuando estaban terminando las vacaciones Dani le dijo que era el final. Tenía otros planes de vuelta al colegio. Carolina volvió a casa confusa, se sentía culpable e incapaz de contar a Javi su veraniega historia. Pasados unos días Dani la llamó para decirle que tenía verrugas en el pene y que era importante que visitara a su médico. Se asustó mucho y espero unas semanas, durante las cuales se exploraba obsesivamente. No ocurrió nada y pensó que afortunadamente no se había contagiado. Mientras, había reiniciado su relación con Javi. Decidieron que era el momento de tener relaciones coitales. Carolina insistió mucho en que debían utilizar preservativo, a lo que Javi se negó, argumentando que los preservativos eran para gente con múltiples relaciones y que ese no era su caso. Además Carolina utilizaba anticonceptivos orales por trastornos de la regla, así que estaba garantizado que no se quedaría embarazada.

Intentó hablar con su madre. Le dijo que una compañera suya podría tener una infección de transmisión sexual. Su madre, antes de que terminara, ya estaba descalificando a su compañera sugiriendo que eso le ocurría por tener relaciones con uno y con otro. Carolina no insistió. Lo comentó con dos de sus mejores amigas pero a pesar de querer ayudarla desconocían cómo. Esperó a que su profesor abordara el tema en unas clases programadas para tratar sobre infecciones de transmisión sexual, pero no parecía muy cómodo hablando de sexo y era de la opinión de que esos temas debían tratarse en casa, ya que si los exponía él podría tener problemas y se le podría achacar que inducía a sus alumnos a tener relaciones sexuales.

– **Grado de responsabilidad:**

1. Ninguna responsabilidad
2. Algo de responsabilidad
3. Mucha responsabilidad

Carolina-----	1	2	3
Dani-----	1	2	3



Javi-----	1	2	3
Madre-----	1	2	3
Amigas-----	1	2	3
Profesor-----	1	2	3

– Materiales: Fotocopias de la historia.

Pasos para el uso correcto del preservativo

“Te pueden decir que es incómodo, que quita placer, que corta la relación y otras cosas por el estilo pero hoy en día, los preservativos están hechos de un material muy fino y suave... que apenas se notan”

1. adquiere preservativos de calidad que estén **homologados**.
2. comprueba siempre la **fecha de caducidad**.
3. **protégelos** del sol, el calor y la humedad porque se pueden deteriorar.
4. **abre el envoltorio con cuidado**, asegúrate de no romper el preservativo. ¡Cuidado con uñas, dientes y anillos!
5. coloca el preservativo **antes de cualquier contacto genital** con o sin penetración y recuerda que también con el



sexo oral debes protegerte ¡ah! Si utilizas lubricantes procura que sea de base de agua, nunca graso ya que pueden romper el preservativo.

6. sin soltar la punta del preservativo desenróllalo a lo largo hasta que cubra la totalidad del pene.

7. después de la eyaculación y **antes de que el pene pierda su erección**, retíralo sujetando el preservativo por la base.

8. después de quitarte el preservativo, hazle un nudo y **tíralo a la basura**

9. usa un preservativo nuevo en cada relación sexual

10. no esperes a última hora. Ten siempre un preservativo a mano. Los puedes comprar en farmacias o supermercados.

1 hora

Sociodrama: 1 hora

TOTAL INTERVENCIÓN: 6 horas.

ANEXO N° 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA
PARTICIPACIÓN EN

**“EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS
CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS
ESTUDIANTES DE PRIMER AÑO DE LA ESCUELA DE
DERECHO, DE LA FACULTAD DE JURISPRUDENCIA ,
DE LA UNIVESIDAD DE CUENCA, FRENTE A LAS
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA”**

Cuenca, a _____, de _____, del 2009.

COMPAÑERO/A:

Nos proponemos realizar una investigación sobre las Infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA, la cual consta de tres partes durante toda la investigación. La primera parte consistirá en la aplicación de dos encuestas validadas mediante las cuales se recolectara datos sobre los PRE conocimientos, actitudes y practicas sobre Infecciones de Transmisión Sexual Y VIH/SIDA, como segunda instancia se procederá a realizar intervenciones donde se impartirá conocimientos sobre Infecciones de Transmisión Sexual y

VIH/SIDA, por último se procederá aplicar las mismas encuesta validadas para de esta manera evaluar los POS conocimientos, actitudes y practicas sobre el problema planteado.

Dicha investigación es importante, debido a que siendo los jóvenes el grupo más vulnerable para contraer Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, se debe conocer lo que saben sobre estas infecciones, para así poder prevenirlas y proteger a la comunidad en general. Esta investigación no conlleva ningún riesgo para la salud física y mental ni tiene costo alguno en ninguna de los puntos anteriormente indicados y nos servirá para continuar con posteriores investigaciones.

Su participación es voluntaria y podrá retirarse del estudio si así lo creyera conveniente.

La información es estrictamente confidencial y será conocida únicamente por los investigadores.

Una vez concluida la investigación, los resultados serán socializados para conocimiento institucional y para los implicados en el estudio.

Por medio de la presente acepto participar en el estudio.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:



Asistir a las conferencias y reuniones que en total serán seis con una duración de una hora cada una. Además contestaré dos cuestionarios de preguntas.

Declaro que se me ha informado sobre beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

- Conocer qué saben los jóvenes sobre las infecciones de transmisión sexual
- Mejorar las estrategias educativas en prevención de las infecciones de transmisión sexual
- Facilitarme los conocimientos.

Nombre y firma del
investigadores
Entrevistado

Nombre y firma de los



ANEXO N° 3

MANUAL

“LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL”

OBJETIVOS

- Aportar **conocimientos básicos** en materia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)
- Aprender a **reconocer los primeros síntomas** de estas infecciones.
- Concienciar de la necesidad de **buscar siempre ayuda médica** cuando aparezcan los primeros síntomas.
- Fomentar el uso correcto del preservativo.

INTRODUCCIÓN

La OMS, definió la SEXUALIDAD SANA como “La aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva, amoldándose a criterios de ética social y personal. La ausencia de temores, de sentimientos de vergüenza, de

culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que inhiban la reactividad sexual o perturben las relaciones sexuales”.

Supone la integración de elementos corporales, emocionales, intelectuales y sociales del individuo, por medios que le sean enriquecedores y que potencien su personalidad, su comunicación con los otros y el amor.

Se trata de un conjunto de manifestaciones psíquicas y físicas del ser humano, entendido como un ser indivisible BIO-PSICO-SOCIAL, en constante transformación, y en estrecha relación con la madurez orgánica y las condiciones socioculturales en las que se desenvuelve.

– **Una sexualidad sana, implica:**

La valoración positiva y aceptación del propio cuerpo, lo que contribuye a mejorar nuestra autoestima y nuestras relaciones interpersonales.

Una concepción desinhibida, afectuosa y lúdica de la sexualidad, sabiendo que todos somos diferentes, y siendo capaces de expresar nuestros deseos y respetar los de los demás.

Un conocimiento completo de uso de la sexualidad, en su parte tanto reproductiva como de dar y recibir placer.



ANATOMÍA GENITAL

– Anatomía genital masculina

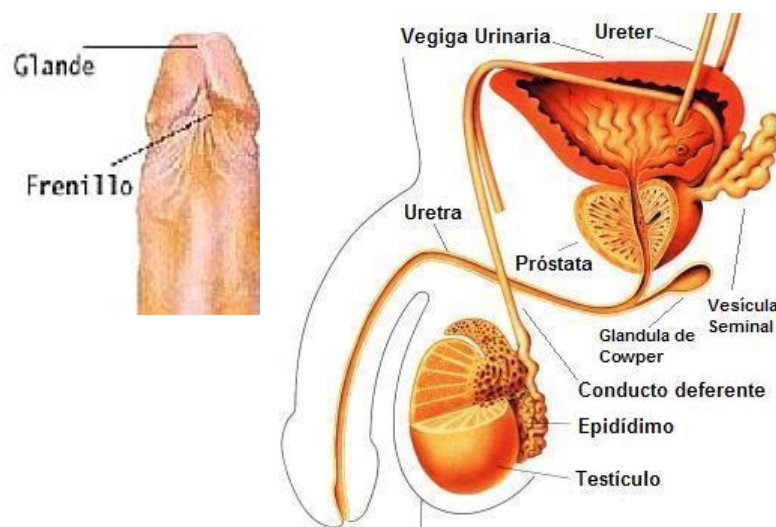
La anatomía genital masculina, a diferencia de la femenina, es básicamente externa.

✓ *Pene:*

Es el órgano usado para la cópula y para la micción. Está formado por dos cuerpos cavernosos laterales y el cuerpo esponjoso, que es central y a través de él pasa la uretra. Estas tres estructuras son las que al llenarse de sangre durante la excitación producen la erección.

La parte anterior del pene se llama glánde y la piel que lo recubre se llama prepucio. Esta piel es la que se corta cuando se hace la circuncisión.

✓ *Escroto*: Es el saco de piel, donde anidan los testículos



- En el interior de la pelvis del hombre están las vesículas seminales. Estas, durante la salida de los espermatozoides, aportan un líquido que, junto a los espermatozoides y el líquido de la próstata, forman el semen. Las vías espermáticas, son las vías de excreción de los espermatozoides que conectan los testículos con el pene. Estos conductos son, conductos eferentes, epidídimo y conductos deferentes que desembocan

dentro de la pelvis en el conducto eyaculador que desemboca en la uretra antes de que pase por la próstata.

- También son importantes, en todo el proceso, las glándulas de Cowper o de Mery-Cowper. Excretan un líquido que sirve para limpiar la uretra antes de la eyaculación ya que el ph de la orina es perjudicial para los espermatozoides.
- La principal hormona masculina es la testosterona.

– Anatomía genital Femenina

En la anatomía genital femenina se diferencian los genitales externos y los internos.

✓ **Genitales externos**



La vulva, formada por:

1. En la parte anterior, el Monte de Venus, es un acumulo adiposo situado sobre el hueso del pubis y esta cubierto de vello.
2. Los labios mayores, son 2 grandes pliegues de piel que delimitan la hendidura vulvar. Tienen mayor pigmentación de la piel y están recubiertos de vello.
3. Los labios menores, están situados dentro de los labios mayores, formados por piel que se asemejan a una mucosa. No tienen vello y sí glándulas sebáceas para mantener la humedad dentro de la vulva. Su extremidad anterior se desdobra en dos pliegues que rodean al clítoris y forman por encima de este órgano un capuchón que lo protege.
4. El clítoris es un órgano muy vascularizado con capacidad para la erección y su estimulación produce sensaciones de intenso placer.
5. El Vestíbulo, es la zona delimitada por los labios menores, donde desembocan la uretra y la vagina. A ambos lados de la vagina están los conductos por donde

desembocan las glándulas de Bartholino. Alrededor del meato urinario se encuentra la desembocadura de diversas glándulas uretrales, las más importantes son las de Skenen. La desembocadura de la vagina hacia el exterior esta delimitada por un pliegue que la estrecha y que se llama himen.

✓ **Genitales Internos**

1. La vagina

Es un conducto cilíndrico que va desde la vulva hasta el cuello del útero, esta cubierta por mucosa y formada por músculos. La zona más sensible de la vagina esta localizada en el tercio anterior de esta. La mayor parte del tiempo es una cavidad virtual con una gran elasticidad, es capaz de albergar desde un dedo, un pene, un especulo o la cabeza y el cuerpo de un recién nacido durante el parto. También permite la salida de la sangre durante la menstruación.

2. El útero

Es un órgano muscular hueco, situado sobre la vejiga urinaria y el recto. La cavidad uterina esta recubierta del

endometrio que es un tejido especial que permite el anidamiento del embrión, cuando se ha producido la fecundación del óvulo. En el útero se recibe al óvulo fecundado. El porvenir del embrión en desarrollo va a depender de la adecuada maduración del endometrio y de la capacidad de crecimiento del útero.

La parte inferior del útero se llama cérvix o cuello del útero. Este se comunica con la vagina y el cuerpo del útero a través del canal cervical que esta revestido de glándulas a las que se llaman criptas endocervicales. Estas glándulas producen moco cervical bajo la influencia de los estrógenos. Los espermatozoides dependen del moco cervical para su supervivencia y su transporte dentro del útero.

En los ovarios se contiene la dotación de ovocitos que van a madurar a lo largo del ciclo fértil de la vida de las mujeres. El óvulo es la célula reproductora de la mujer.

Las trompas de Falopio son formaciones tubáricas que comunican los ovarios con el útero.



Las principales hormonas femeninas son los estrógenos y la progesterona.

Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Introducción.

Cuando preguntamos a los jóvenes por las infecciones de transmisión sexual sus conocimientos, normalmente, abarcan el SIDA y en algunos casos la sífilis y la gonorrea pero desconocen muchas otras producidas por múltiples gérmenes. Hay ITS cuya transmisión se produce por contacto sexual con una persona infectada, como la gonorrea, herpes genital, chlamydias, etc.... Otras tienen diferentes vías de transmisión, como el VIH/ SIDA y las hepatitis víricas, que se transmiten a través de la sangre, semen y flujo vaginal.



Además existen infecciones como la sarna y la pediculosis del pubis (ladillas), que pueden ser adquiridas también, además del contacto directo, por contacto con ropas u objetos contaminados.

¿Qué son las ITS?

Son infecciones cuya transmisión se realiza, fundamentalmente, a través de las relaciones sexuales (orales, vaginales o anales) mantenidas con una persona infectada o enferma.

Los gérmenes causantes de las ITS tienen muy poca resistencia al medio ambiente exterior, muriendo rápidamente en contacto con el mismo (con excepción de los ácaros de la sarna y las ladillas). La creencia de que este tipo de enfermedades se transmiten por baños públicos, piscinas, etc. es errónea.

¿Son muy frecuentes?

Las ITS han aumentado considerablemente. Las razones son entre otras: un comienzo más precoz



de las relaciones sexuales, el turismo y mayor movilidad geográfica, la escasa información y formación sexual, la carencia de centros especializados etc. Sin embargo, no se conocen las cifras exactas ya que, por un lado no todos los casos se declaran, debido a que muchas personas se automedican sin acudir al médico, se tratan por los consejos de un amigo, un farmacéutico o sanitarios no médicos y, por otro, muchas de estas infecciones no son de declaración obligatoria, como las infecciones de origen vírico (verrugas genitales o herpes genital) que precisamente son las que más han aumentado en los últimos años.

Algunos autores sugieren que las cifras oficiales de que disponemos sean multiplicadas, en algunos casos por 10 y en otros por 30, dependiendo del rigor de la declaración, para estimar el alcance de las ITS.

Complicaciones

Al principio estas infecciones, tratándolas de forma adecuada, curan fácil y rápidamente. Sin embargo, si se les deja evolucionar sin control, pueden producir consecuencias muy graves tales como esterilidad, cáncer, lesiones cardíacas,

enfermedades del sistema nervioso, abortos, malformaciones fetales, etc.

Inmunidad

A diferencia de otras enfermedades infecciosas (como el sarampión, la rubeola, la varicela, etc. que se padecen una vez en la vida), la mayoría de las ITS se pueden adquirir tantas veces como se tenga contacto sexual con personas infectadas. El motivo es que estas enfermedades, en su gran mayoría, no crean defensas.

¿Cómo se manifiestan las ITS?

Las manifestaciones clínicas de estas enfermedades son muy variables. En general los signos de presentación más frecuentes son:

- Supuración uretral
- Flujo vaginal
- Ulceras genitales
- Condilomas o verrugas genitales
- Inflamación del glande (balanitis)



Otros síntomas

En ocasiones pueden presentarse al principio otros síntomas, como manchas en la piel, molestias al orinar, dolores en las articulaciones o supuración por el recto.

Complicaciones

También es posible que se manifiesten directamente por sus complicaciones, como dolor abdominal bajo, dolores en los testículos etc.

Sin sintomatología

Por último pueden cursar sin sintomatología al principio de la infección o bien pasar desapercibida, como en las hepatitis víricas o el VIH.

Supuración uretral

Es la queja más común de los varones con una infección de transmisión sexual, y puede estar producida por varios gérmenes, siendo los más comunes los *gonococos*, las *chlamydias* o el *ureaplasma* y, según cual sea el causante de la infección, variará la sintomatología.

La uretritis por *gonococos* tendrá un período de incubación más corto.

Aparecerá una secreción abundante purulenta dos ó tres días después de haber tenido el contacto. La uretritis producida por *chlamydias* o por el

ureaplasma producirá una secreción blanca o mucosa de una a tres semanas después del contacto.



En general el paciente con una uretritis se queja de que le sale pus por el pene y tiene molestias al orinar.

Diagnóstico: Se hace una toma de la supuración y se analiza con el fin de instaurar el tratamiento **específico**, según sea el germen que la está produciendo.

Tratamiento: Si se ha hecho un diagnóstico precoz y correcto y se ha llevado bien el tratamiento, la mayoría de los casos curan sin secuelas.

Complicaciones: Si la enfermedad no se trata, o se trata mal, pueden surgir graves complicaciones tales como:

- Esterilidad, por estrechamiento de la uretra.

- Inflamación de la próstata, de las vesículas seminales, testículos, de la vejiga... etc.

La aparición de supuración por la uretra puede ser indicativa de Infección de Transmisión Sexual.

Flujo vaginal: El flujo vaginal que aparece cuando hay una ITS es de color, olor y cantidad anormal.

Puede estar producido, como la secreción uretral, por varios gérmenes: como el *gonococo*, las *chlamydias*, las *trichomonas*, las *cándidas* (hongos) o la *gardnerella vaginalis*, entre otros. Todos estos gérmenes producen flujo, pero variarán sus características según sea uno u otro el causante de la infección.

Los *gonococos* y las *chlamydias* dan lugar a un flujo similar, amarillo o verdoso con molestias al orinar. Aunque en ocasiones estas últimas pueden ser asintomáticas.

Las *trichomonas* causan un flujo espumoso, amarillento y de mal olor que se acompaña de intenso picor.

En las *candidiasis* (hongos) el flujo es blanco y espeso (leche cortada), también acompañado de intenso picor.



En general la mujer con flujo causado por una ITS se quejará de manchas en su ropa interior, flujo, picazón, molestias al orinar, enrojecimiento o hinchazón de la vulva y dolor abdominal bajo.

Diagnóstico: Debe hacerse una toma del flujo y analizarlo para detectar qué germen lo está produciendo.

Tratamiento: Tras un diagnóstico precoz y correcto el tratamiento es sencillo y la curación es sin secuelas. Siempre deberá hacerse un control de curación analítico post tratamiento.

Complicaciones: Cuando las infecciones por *gonococos* y *chlamydias* se dejan evolucionar sin tratamiento, pueden producir una enfermedad inflamatoria pélvica, esterilidad, embarazos ectópicos (extrauterinos), infecciones en las trompas de Falopio, ovarios...etc.

Los hijos recién nacidos de las mujeres infectadas, al pasar por el canal del parto pueden infectarse y padecer una ceguera. En la actualidad se previene esta enfermedad administrando tratamiento a todos los recién nacidos.

Un flujo de color, olor, y cantidad anormal puede ser indicativo de Infección de Transmisión Sexual. A veces el primer síntoma de una ITS es la enfermedad inflamatoria pélvica, que debuta con dolor abdominal bajo y que puede terminar en una peritonitis. El motivo de esto es que la infección, localizada en un principio en la vagina, puede extenderse por vía ascendente y afectar al cuello del útero, las trompas de Falopio y al peritoneo.

La enfermedad inflamatoria pélvica deja como secuelas dolor pélvico crónico, esterilidad y un mayor riesgo de embarazos ectópicos (extrauterinos).

Úlceras

Casi siempre, pasada una semana del contacto sexual infectante y no más de cuatro, aparece en genitales una o varias úlceras (llagas) que puede ser dolorosa o no y que en algunos casos se acompaña de ganglios en la ingle. Las causas de estas úlceras son gérmenes de distintos tipos.

Cuando las heridas son duras e indoloras a menudo es una **Sífilis**.

Si son dolorosas y sangrantes frecuentemente será un **Chancro blando**.

La presencia de lesiones vesiculares, como bolsistas de agua que posteriormente se rompen dejando erosiones en la piel, indicará que se trata de un **Herpes genital**. En este caso, las lesiones desaparecerán tras el tratamiento y podrán volver a aparecer sin necesidad de un nuevo contacto



sexual. Es pues una infección recidivante (que repite).

Los varones se quejarán de la aparición de una o varias úlceras en el pene o en los testículos. En las mujeres las lesiones pasan desapercibidas en ocasiones, debido a que pueden aparecer en el interior de la vagina, no dando molestias en muchos de los casos. Estas lesiones aparecen también en la boca, después de las relaciones sexuales oro-genitales.

Diagnóstico y Tratamiento

El examen médico, junto con el análisis de sangre y una toma de la secreción de la úlcera, permitirán un diagnóstico correcto.

Como en la mayoría de las ITS, el diagnóstico y el tratamiento precoz, con el consiguiente control de curación, terminarán con la infección sin secuelas.

En el caso del herpes genital no habrá un tratamiento curativo, pero sí se podrá disminuir la aparición de nuevos brotes y aliviar la sintomatología. Asimismo, la mujer deberá hacerse una citología anual para controlar una posible degeneración de las células del cuello de útero. En la sífilis

durante los primeros meses de embarazo, si se detecta la infección y se instaura el tratamiento es posible la curación de la madre y el feto.

Complicaciones: Las úlceras de sífilis, si el paciente no acude al médico, desaparecen sin tratamiento, **pero no han curado**. El germen pasa a la sangre y la infección continúa dando graves complicaciones, infectando seriamente al corazón, cerebro y médula espinal. Además, la mujer gestante con sífilis puede transmitirla al feto a través de la placenta, produciendo abortos, muerte intraútero, afecciones óseas, oculares, nerviosas, etc.

En ocasiones la úlcera puede desaparecer sin tratamiento, pero la enfermedad no se ha curado y continúa su evolución.

El herpes genital puede dar complicaciones. Hay un aumento de la aparición del cáncer de cuello de útero en las pacientes que lo han padecido.

Balanitis: Es la inflamación del glande. El paciente con una balanitis se queja de hinchazón, punteado rojizo, secreción superficial (que no viene de la uretra) y picazón en el glande y prepucio.



Raras veces es una infección grave y, en la mayoría de los casos, es consecuencia de un contacto sexual con una persona que no muestra señales de infección pero que puede tener una candidiasis (Hongo) o flujo vaginal patológico.

Diagnóstico y Tratamiento

El diagnóstico se hará tras un examen médico y estudio microbiológico. El tratamiento se hará en función del germen que lo produzca.

Condilomas o verrugas

Los condilomas o verrugas genitales se manifiestan como protuberancias del color de la piel, con una superficie parecida a la de una coliflor, en los genitales o alrededor del ano. En ocasiones se localizan dentro de la boca, como resultado de un contacto orogenital

Están producidas por el virus HPV (Virus del papiloma humano).

Una parte importante de estas infecciones aparecen sin síntomas y tanto la mujer como el hombre pueden ser portadores y vehículos de las mismas. Esa infección cuando aparece en el cuello del útero puede



malignizarse y producir cáncer del cuello del útero. Es una de las infecciones de transmisión sexual más comunes en la mayoría de los países en la actualidad.

Aunque el diagnóstico de estas lesiones es relativamente fácil cuando aparecen las lesiones, la posible presencia de infección por HPV hace necesario un exhaustivo estudio del cuello del útero, vagina, vulva, uretra, perineo y ano. Siendo recomendable el estudio de la pareja o parejas sexuales por el especialista.

Otras I.T.S que no siempre es por contacto sexual

Pediculosis pubis

La infestación por el piojo púbico (ladillas) es a menudo por contacto sexual, pasando los piojos del vello púbico de una persona al vello púbico o cercano de su pareja, aunque

también puede ser adquirida a través de objetos contaminados: ropa de cama, ropa interior, toallas, etc.

El piojo pone sus huevos en el vello púbico, pudiendo extenderse hacia el vello del pecho y las axilas. El síntoma más común es la picazón. El diagnóstico generalmente es fácil y cura con un tratamiento adecuado. No suele haber complicaciones.

Sarna

La sarna es una enfermedad contagiosa común causada por el ácaro parasitario *Sarcoptes Scabiei*. El contacto sexual es la forma más común de transmisión, aunque también puede adquirirse a través de objetos contaminados (ropa de cama, ropa interior, etc.).

El síntoma más común es la picazón, que empeora por la noche con el calor de la cama. Las lesiones suelen aparecer en pene, escroto, mamas, parte interna de los muslos, vulva, codos, muñecas y entre los dedos. Una vez diagnosticado, el tratamiento es sencillo y cura sin complicaciones.

Hepatitis víricas

Es la inflamación del hígado causada por una infección vírica. Casi todos los virus capaces de producir hepatitis pueden ser transmitidos por contacto sexual, sobre todo en las relaciones oro-anales. Sin embargo existen otras vías de transmisión: la vía sanguínea (intercambio de jeringuillas, inoculación accidental de material contaminado en medio sanitario) y la vía vertical (paso del virus de la madre al feto).

La mayoría de las veces la infección aguda (hepatitis vírica) cursa sin sintomatología, aumentando el riesgo de la transmisión a otra persona.

La sintomatología que aparece es malestar general, anorexia, vómitos, náuseas y mialgias. Pero en la mayoría de las ocasiones la infección aguda cursa sin sintomatología, siendo entonces mayor el riesgo de transmitir el virus de la hepatitis. La evolución de la enfermedad puede ser hacia la curación o hacia la cronificación, produciendo entonces hepatitis crónica, cirrosis hepática o carcinoma de hígado. Los portadores crónicos de hepatitis son la fuente de infección más importante de esta enfermedad. También, la hepatitis puede

evolucionar hacia una Hepatitis Fulminante que conduce al fallecimiento del paciente de forma rápida.

Diagnóstico: Se realiza a través de un análisis específico de sangre.

Tratamiento: No se dispone de tratamiento específico curativo por el momento.

SIDA

El SIDA es una manifestación tardía de la infección por el virus VIH. Puede ser adquirido por contacto sexual, por la sangre, (intercambio de jeringuillas en usuarios a drogas por vía parenteral), o bien de la madre seropositiva al feto.

Se denomina infección VIH cuando el virus está en el organismo, una persona infectada puede permanecer durante varios años sin que presente síntomas de la enfermedad, es decir sin que tenga SIDA, por lo tanto una persona infectada con el VIH puede estar aparentemente sana. Los síntomas del SIDA son la consecuencia de la baja de defensas y estos dependen del órgano afectado o de la infección que presente por ejemplo si tiene tos persistente por largo tiempo puede ser señal de tuberculosis, o si se inflaman los ganglios puede ser por infecciones o enfermedades malignas como el

linfoma. Algunos pacientes con SIDA presentan manchas de color violáceo en la piel, otros pacientes presentarán infecciones graves por hongos; la mayoría de las personas presentan disminución de peso, siendo esta baja de peso y diarrea síntomas importantes de la enfermedad.

Una persona que tiene cualquiera de las infecciones de transmisión sexual puede infectarse con mayor posibilidad del virus del SIDA que una persona que no las tiene.

¿Qué hacer para evitar las infecciones de transmisión sexual?

Para evitar contraer infecciones que se transmiten por vía sexual existen tres caminos:

1. Abstinencia
 2. Tener relaciones con una sola pareja que le sea fiel
 3. Uso del preservativo
- **Preservativo masculino:** es una funda de goma sintética (látex) fina y elástica, que se debe de colocar sobre el pene erecto antes del inicio de la penetración. Después de la eyaculación se debe retirar el pene de la vagina cuando todavía está erecto, para evitar que el

preservativo no quede en el interior de la vagina o ano. Su efectividad aumenta si se usa con productos espermicidas. Este método protege de ITS y SIDA.



- **Inconvenientes:** se deben colocar antes de la relación sexual. Algunos hombres refieren pérdida de sensibilidad. Los condones que tienen sustancias espermicidas pueden provocar irritación.
 - Debe fijarse en la fecha de caducidad, mantener en lugares frescos.
 - Cuidar que no se rompa.
 - Debe utilizarse un preservativo por cada penetración.
-
- **Preservativo femenino:** es una funda de goma sintética (poliuretano), que la mujer debe introducir en la vagina, colocando el anillo flexible sobre el cuello del útero y

dejando el anillo rígido en el exterior. Se debe de colocar antes de la penetración y retirar al acabar la misma. Este método protege de ITS y VIH/SIDA.

- **Inconvenientes:** su elevado precio. Exige un entrenamiento previo para colocarlo bien.

¿Qué hacer ante la sospecha de tener una ITS?

- Acudir a un centro de Salud.
- Nunca automedicarse, ni seguir los consejos terapéuticos de un amigo, empleado de la farmacia, etc.
- Nunca creer que estamos curados porque desaparecen los síntomas sin habernos tratado.
- Ayudar a la localización de los contactos sexuales



